

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**DETERMINANTES PARENTAIS NA ACEITAÇÃO A UMA
INTERVENÇÃO DIRIGIDA À REDUÇÃO DOS PROBLEMAS
DE ANSIEDADE EM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR**

Sara Daniela Correia Simão

**MESTRADO EM INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia da
Saúde e da Doença)**

2013

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**DETERMINANTES PARENTAIS NA ACEITAÇÃO A UMA
INTERVENÇÃO DIRIGIDA À REDUÇÃO DOS PROBLEMAS
DE ANSIEDADE EM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR**

Sara Daniela Correia Simão

Dissertação orientada pela Doutora Ana Isabel Freiras Pereira

MESTRADO EM INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia da
Saúde e da Doença)**

2013

AGRADECIMENTOS

A todos quantos de alguma forma facultaram e tornaram possível este trabalho quero expressar o meu profundo reconhecimento.

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Isabel Pereira, pelo incentivo e pelo sentido crítico na orientação e sobretudo pela disponibilidade que sempre demonstrou no decorrer deste trabalho.

À Professora Doutora Luísa Barros por promover e dar visibilidade à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, primando por um ensino de excelência, facilitando a minha escolha da Faculdade na hora de decidir pela formação em Psicologia da Saúde e da Doença.

A todos os meus professores da Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra, de Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca e da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, que me acompanharam durante os 5 anos de formação. O meu mais sincero obrigado, pela sabedoria e paciência com que partilharam os seus conhecimentos.

A todos os meus colegas de curso que comigo percorreram esta etapa, pela alegria e espontaneidade, pelo incentivo e apoio numa demonstração de amizade e solidariedade.

Aos meus pais pelo carinho, pela paciência e pelos “puxões de orelhas” nos momentos oportunos, ensinando-me que com perseverança tudo é possível. Um especial agradecimento à minha mãe pelo apoio incondicional em cada caminho que tracei.

Aos meus avós, pelo apoio e pela motivação constante, valorizando os meus esforços. Com carinho especial à minha tia-avó, pelas conversas e pela influência positiva que teve na escolha do meu percurso.

E por fim, mas não menos importante às minhas amigas, pelo apoio, alegria e partilha com que me brindaram durante este longo percurso académico e sobretudo pela paciência nos momentos em que não me encontrei disponível para elas.

A todos o meu sincero Obrigada!

RESUMO

As Perturbações de Ansiedade são dos problemas de saúde mental mais frequentes na infância. Apesar das evidências que apontam no sentido da eficácia de terapias cognitivo-comportamentais no tratamento de sintomatologia ansiosa, a maioria das crianças não recebe tratamento. A literatura tem explorado o papel dos pais na procura de ajuda, adesão e desistência do tratamento, procurando explorar possíveis fatores que possam explicar a não procura de ajuda, a não adesão ao tratamento e a desistência do tratamento no sentido de promover maior taxas de procura de ajuda e de adesão. No entanto, são pouco os estudos que se têm focado no momento de decisão de aceitar o tratamento. Neste estudo procurou-se estudar o papel de diferentes fatores parentais - fatores sociodemográficos, preocupações da mãe, crenças parentais, percepção de interferência da ansiedade na vida da criança e da família - na aceitação parental dum programa de intervenção para redução da ansiedade da criança.

A amostra é constituída por 104 crianças com diagnóstico principal de ansiedade, entre os 7 e os 12 anos e as respetivas mães. Foi solicitado às mães (em duas etapas) que participassem numa entrevista (ADIS-IV-P) e que respondessem a um conjunto de questionários (PBA-Q, SCARED-R e EIAVC). A amostra foi dividida em dois grupos: mães que aceitaram e mães que não aceitaram a intervenção.

Dos fatores em estudo, apenas o ciclo de ensino da criança e a situação conjugal apresentaram associações estatisticamente significativas com a aceitação da intervenção. As preocupações parentais, as crenças parentais e a interferência percebida da ansiedade não foram preditoras da aceitação da intervenção. Dentro das razões de não aceitação apresentadas pelas mães as mais frequentes foram as questões logísticas (transporte e atividades extracurriculares).

Estes resultados poderão ser explorados em investigações futuras, contribuindo desta forma para um maior conhecimento das variáveis envolvidas na aceitação do tratamento.

Palavras-chave: aceitação parental da intervenção; crenças parentais; percepção de impacto; preocupações parentais; perturbações de ansiedade nas crianças.

ABSTRACT

Predictors of parental acceptance of an intervention to reduce anxiety problems in school-aged children

Anxiety disorders have been reported as the most common problem experienced by children. Despite evidence in favor of cognitive-behavioral therapy for treatment of anxiety symptoms, most children do not receive treatment. Literature has explored the parental role in seeking help, treatment adherence and drop out, searching for barriers to these behaviors in order to promote higher rates of help seeking and adherence to treatment. However few studies have focused on the parental decision to accept treatment.

In this study I tried to explore the role of different parental factors – socio-demographic variables, parental beliefs, perceived impact of anxiety on the child and family's life – in parental acceptance of an intervention program to reduce the child's anxiety.

The sample consisted of 104 children, aged 7 to 12, with a primary diagnosis of anxiety and their respective mothers. The mothers were asked to respond to an interview (ADIS-IV-P) and a few questionnaires (SCARED-R, PBA-Q and EIAVC). The sample was divided in two groups: mothers who accepted and mothers who did not accept the intervention.

The results of the study show that only the children's education level and marital status were associated with acceptance of the intervention. Parental concerns, parental beliefs and perceived interference of anxiety weren't predictors of acceptance. Among the reasons given by the mothers for non-acceptance of the intervention logistical issues (transportation and extracurricular activities) were the most frequent.

These results could be explored in future research, thus contributing to a better understanding of the variables involved in the acceptance of treatment.

Keywords: parental treatment acceptance; parental beliefs; perceived impact; parental concerns; children's anxiety disorders

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1. Ansiedade em crianças em idade escolar.....	3
1.1.1. Perspetiva desenvolvimentista da ansiedade	3
1.1.2. Prevalência, perturbações de ansiedade na infância e adolescência e comorbilidade	4
1.1.3. Impacto das perturbações de ansiedade	6
1.1.4. Intervenções para redução da ansiedade	7
1.2. Determinantes parentais e aceitação do tratamento	7
1.2.1. Adesão à terapêutica	7
1.2.2. Modelos explicativos dos comportamentos de adesão à terapêutica	9
1.2.3 Determinantes da procura de ajuda, aceitação, adesão e desistência na intervenção psicológica com crianças: estudos empíricos	12
1.2.4 Limitações dos estudos empíricos sobre os determinantes da procura de ajuda, aceitação, adesão e desistência na intervenção psicológica com crianças	20
2. OBJETIVOS E METODOLOGIAS.....	22
2.1. Objetivos.....	22
2.1.1. Objetivo geral	22
2.1.2. Objetivos específicos	22
2.2. Metodologia.....	23
2.2.1. Desenho da investigação.....	23
2.3. Amostra.....	24
2.4. Instrumentos de recolha de dados.....	26
2.4.1. SCARED-R – versões pais/crianças (Muris, Merckelbach, Schmidt & Mayer, 1999, versão portuguesa de Pereira & Barros, 2010).....	26
2.4.2. ADIS-IV-C/P – Anxiety Disorder Interview Schedule for Children (Albano & Silverman, 1996, versão portuguesa de Pereira & Barros, 2010)	26

2.4.3. EIAV-C – Children’s Anxiety Life Interference Scale (Lyneham, Abbott, Rapee, Tolin, Carlson & Hudson, 2011, versão portuguesa de Pereira & Barros, 2011)	27
2.4.4. PBA-Q – Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire (Francis & Chorpita, 2009, versão adaptada de Pereira, Barros & Muris, 2012).....	28
2.5 Procedimento	29
2.5.1. Procedimentos de recolha de dados	29
2.5.2. Procedimentos de análise de dados utilizando o software IBM SPSS Statistics 21.....	30
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	32
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	1
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	4

ANEXOS

Anexo I – Consentimento informado (fase 1)

Anexo II – Consentimento informado (fase 2)

Anexo III – Categorização das razões de não aceitação

Anexo IV – Categorização das preocupações dos pais

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1: Medos comuns em crianças e adolescentes de acordo com as etapas de desenvolvimento (adaptado de Baptista, 2000).....	4
Tabela 2: Idade de início das variadas perturbações de ansiedade (adaptado de Baptista, 2000; Schniering et al, 2000).....	5
Tabela 3: Caracterização das variáveis da criança	24
Tabela 4: Caracterização das variáveis dos pais e da família.....	25
Tabela 5: Análise descritiva dos três fatores referentes ao PBA.....	32
Tabela 6: Análise descritiva dos fatores <i>Interferência na vida da criança</i> e <i>Interferência na vida da família</i>	33
Tabela 7: Divisão dos participantes pelos dois grupos de estudo.....	33
Tabela 8: Frequência das razões apresentadas pelos pais para a não aceitação da intervenção.....	34
Tabela 9: Comparação do nível socioeconómico dos dois grupos	35
Tabela 10: Comparação da distribuição por Ciclos de Ensino em relação aos dois grupos de ensino.....	35
Tabela 11: Comparação entre a situação conjugal dos pais nos dois grupos	35
Tabela 12: Comparação das crenças parentais sobre os três fatores do PBA nos dois grupos (aceitou vs não aceitou participar).....	36
Tabela 13: Comparação da perceção de impacto da ansiedade na vida da criança e da família nos 2 grupos	37
Tabela 14: Comparação da ansiedade percebida pelos pais e pela criança nos 2 grupos....	38
Tabela 15: Comparação das preocupações parentais nos dois grupos	39
Tabela 16: Comparação da procura de ajuda nos dois grupos	40
Tabela 17: Tipo de profissionais de saúde a que os pais recorreram no passado.....	40

INTRODUÇÃO

A presente investigação foi realizada no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, submetida à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Enquadra-se num estudo mais vasto “Projeto CATCH” (Ref.^a PTDC/PSI-PCL/122007/2010) e tem como objetivo estudar os determinantes parentais da aceitação de participação num programa terapêutico dirigido à redução da ansiedade de crianças em idade escolar.

Na literatura sobre as perturbações de ansiedade na infância verifica-se que esta é muito frequente e caso não receba tratamento poderá, a médio e longo prazo, levar ao aparecimento de outras perturbações (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003; Rapee, Schniering & Hudson, 2009). Por outro lado, existem evidências sobre a eficácia das terapias cognitivo-comportamentais no tratamento da ansiedade, não só após a intervenção como a longo prazo (Barrett, 1998; Carmin & Albano, 2003; Kendall, Safford, Flannery-Schroeder & Webb, 2004). No entanto, o número de crianças que recebem tratamento para as perturbações de ansiedade é inferior ao número de crianças que sofre de perturbações de ansiedade.

A investigação na área das perturbações de ansiedade nas crianças tem procurado perceber quais os fatores preponderantes na procura de ajuda, adesão e desistência do tratamento. Têm sido estudados fatores sociodemográficos como o estatuto socioeconómico ou o estado civil, o reconhecimento do problema, o impacto do problema na vida da criança e da família, gravidade do problema ou crenças parentais sobre a ansiedade (Dreyer, O’Laughlin, Moore e Milam, 2010; Farmer, Burns, Angold & Costello, 1997; Kazdin, Holland & Crowley, 1997; Rosno, Steele, Johnston e Aylward, 2008; Teagle, 2002). A variável barreiras percebidas tem sido igualmente estudada no sentido de perceber que obstáculos são percecionados pelos pais para a procura de ajuda e adesão ao tratamento (Dreyer et al, 2010; Kerkorian, McKay & Bannon, 2006; MacNaughton & Rodrigue, 2001). Contudo poucos estudos investigaram os determinantes parentais de aceitação da intervenção.

Assim a presente investigação, numa abordagem exploratória, procurou encontrar determinantes parentais para a aceitação de um tratamento psicológico para redução da ansiedade da criança. Para o efeito recorreu-se a uma entrevista semiestruturada (ADIS-IV-C/P) e alguns questionários como o PBA-Q (Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire; Francis & Chorpita, 2009, versão adaptada de Pereira, Barros & Muris, 2012) e a EIAV-C

(Children's Anxiety Life Interference Scale; Lyneham, Abbott, Rapee, Tolin, Carlson & Hudson, 2011, versão portuguesa de Pereira & Barros, 2011).

Este trabalho encontra-se organizado em cinco secções: Enquadramento Teórico, Metodologia, Apresentação e Análise dos Resultados, Discussão dos Resultados, e Considerações Finais. No Enquadramento Teórico são introduzidos e definidos conceitos e apresentados alguns estudos que investigaram os determinantes parentais na procura de ajuda, aceitação da intervenção, adesão e desistência do tratamento. Na segunda parte deste trabalho, apresentam-se os objetivos e metodologia do estudo. Em seguida, apresentam-se e descrevem-se os resultados obtidos, que são posteriormente discutidos, à luz da literatura analisada, na quarta secção do trabalho. Por último, são feitas considerações quanto aos contributos e limitações da investigação realizada, sugerindo-se tópicos de investigação futura.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Ansiedade em crianças em idade escolar

1.1.1. Perspetiva desenvolvimentista da ansiedade

Para o ser humano, o desenvolvimento emocional é um verdadeiro desafio, as crianças sobretudo são confrontadas com a transição rápida entre terem um conhecimento emocional limitado a tornarem-se indivíduos emocionalmente complexos, tudo isto em pouco mais de uma década de vida. Ao longo do desenvolvimento da criança é natural que esta seja confrontada com situações em que sintam medo ou um pouco ansiosa, por exemplo quando na sala de aula lhe é feita uma pergunta, mas estes receios são naturais. É quando as reações emocionais da criança se tornam intensas e disruptivas que é necessário intervir (Kendall, 2000).

Medo e ansiedade são tidos como sinónimos, mas estes dois termos podem ser diferenciados usando como critério a presença ou ausência de estímulos desencadeadores externos e os comportamentos de evitamento. O medo implica um estímulo desencadeador externo que leva a um comportamento de fuga ou evitamento (Baptista, Carvalho & Lory, 2005). Por seu lado, a ansiedade caracteriza-se por um estado de impotência/apreensão (“helplessness”), devido à incapacidade de prever, controlar ou obter resultados desejados em situações futuras importantes para a pessoa (Barlow, 2000). Pode-se dizer que é um “estado emocional aversivo sem desencadeadores claros” (Baptista et al, 2005).

Os medos que aparecem na infância e adolescência são normativos e à partida transitórios, protegendo a criança de estímulos que elas são incapazes de compreender e que avaliam como incontroláveis (Craske, 1997). Os medos apresentados pelas crianças podem aparecer e desaparecer de acordo com as etapas de desenvolvimento e as suas tarefas típicas. Por exemplo, o medo das alturas que aparece por volta dos seis meses (aparecimento da locomoção) e ansiedade de separação são protetores nesta etapa da vida, permitindo evitar ameaças ligadas aos declives ou afastamento dos cuidadores (Baptista, Carvalho & Lory, 2005). Os medos parecem ter, assim, uma função protetora, de defesa ou de alarme que ajudam a criança/adolescente a desempenhar as funções típicas de determinada etapa de desenvolvimento (Tabela 1) (Baptista, 2000).

Tabela 1: Medos comuns em crianças e adolescentes de acordo com as etapas de desenvolvimento (adaptado de Baptista, 2000)

Etapa	Medo
0 aos 12 meses	Ruídos altos, alturas, estranhos, objetos repentinos ou ameaçadores, separação das figuras de vinculação
1 ano aos 2 ½ anos	Tempestades naturais, pequenos animais e insetos, pessoas estranhas, separação das figuras de vinculação
2 ½ anos aos 6 anos	Escuro, animais em geral, ficar sozinho, criaturas imaginárias, fantasmas, monstros
6 anos aos 11 anos	Acontecimentos sobrenaturais, sangue e ferimentos, sofrimento físico, saúde e morte, aspetos escolares
11 anos aos 13 anos	Relacionamentos interpessoais, avaliação social, autoimagem
13 aos 18 anos	Sexualidade

Contudo, estes medos representam também desafios para o crescimento da criança, que aprende a lidar com situações ansiógenas, podendo assim aprender a gerir situações de medo e ansiedade durante a sua vida (Kendall, 2000). Desta forma, o medo e ansiedade adaptativos diferem da ansiedade clinicamente significativa a nível da intensidade/frequência e interferência no bem-estar e funcionamento adaptativo da criança (Schniering, Hudson & Rapee, 2000).

1.1.2. Prevalência, perturbações de ansiedade na infância e adolescência e comorbilidade

Estudos sobre a prevalência têm revelado que as Perturbações de Ansiedade são muito comuns em crianças e adolescentes (Craske, 1997). Num estudo longitudinal (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003), verificou-se que aos 16 anos cerca de 10% dos participantes apresentavam pelo menos uma Perturbação de Ansiedade, sendo

estas mais frequentes em raparigas do que em rapazes. Noutro estudo (Essau, Conradt, Petermann & Phil, 2000) os resultados mostraram que numa amostra de 1035 adolescentes (entre os 12 e os 17 anos), cerca de 18.6% apresentava uma Perturbação de Ansiedade, sendo que as perturbações mais frequentes eram as Fobias.

Uma revisão de estudos realizada por Rapee, Schniering e Hudson (2009) aponta para uma ligação entre o aparecimento de determinadas Perturbações de Ansiedade e determinadas etapas de desenvolvimento. Se os medos aparecem em alturas específicas do desenvolvimento da criança e estão ligados a tarefas de desenvolvimento, espera-se que as perturbações de ansiedade também tenham início em períodos específicos (Tabela 2) (Baptista, 2000).

Tabela 2: Idade de início das variadas perturbações de ansiedade (adaptado de Baptista, 2000; Schniering et al, 2000)

Idade de início	Perturbação de ansiedade	Características
6 a 9 anos	Fobias específicas	Medo excessivo e persistente de objetos e/ou de situações restritas (como p.ex. animais, alturas)
7 a 9 anos	Perturbação da ansiedade de separação	Ansiedade e medo excessivo relativamente à separação das figuras de vinculação (cuidadores principais)
8 a 12 anos	Fobia social	Medo excessivo da avaliação social e/ou pessoas desconhecidas
11 a 19 anos	Perturbação da ansiedade generalizada	Preocupação excessiva e incontrolável de um conjunto de acontecimentos e atividades

Embora algumas crianças possam apresentar apenas uma perturbação de ansiedade, a verdade é que a maioria das crianças apresenta mais do que um tipo de perturbação de ansiedade. As perturbações que se apresentam em co-morbilidade com os problemas de ansiedade não incluem apenas perturbações de ansiedade mas também problemas de internalização como a depressão e problemas de externalização como a Perturbação de Oposição, sendo que 40% a 60% das crianças que apresentam um diagnóstico de

perturbação de ansiedade apresentam mais do que uma perturbação (King, Heyne, & Ollendick, 2005; Rapee, Schniering & Hudson, 2009).

1.1.3. Impacto das perturbações de ansiedade

Vários estudos têm verificado que as perturbações de ansiedade afetam e interferem com o funcionamento adaptativo das crianças e com as tarefas de desenvolvimento, como terminar a escolaridade, adquirir independência financeira ou desenvolver autonomia (Albano, Chorpita & Barlow, 2003; Essau, Conradt, Petermann & Phil, 2000).

Observa-se que as perturbações de ansiedade têm um impacto negativo no desempenho acadêmico e social das crianças, que estão associadas a baixa auto-estima, a problemas físicos e ao isolamento social (Cobham, Dadds, Spence & McDermott, 2010; Hirshfeld-Becker, Masek, Henin, Blakely, Rettew, Dufton, Segool & Biederman, 2008). Por exemplo, observa-se que a ansiedade de separação interfere com a assiduidade à escola e o desenvolvimento de relações autônomas com os pares (Langley, Falk, Peris, Woley, Kendall, Ginsburg, Birmaher, March, Albano & Piacentini, 2013).

As perturbações de ansiedade têm ainda impacto a médio e longo prazo, pelo que uma criança que apresenta num dado momento uma perturbação de ansiedade, apresentará um risco moderado a elevado de preencher critérios para outras perturbações de ansiedade, de humor e abuso de substâncias na adolescência e idade adulta (Costello, et al, 2003; Rapee et al, 2009). Num estudo (Brittner, Egger, Erkanli, Costello, Foley & Angold, 2007) sobre as perturbações de ansiedade, verificou-se que a perturbação de ansiedade de separação na infância era preditora da emergência de perturbação de ansiedade de separação na adolescência, e que a perturbação de ansiedade generalizada na infância predizia a emergência de outras perturbações, incluindo perturbação de pânico, depressão e perturbação do comportamento. No mesmo estudo, observou-se ainda que a fobia social na infância era preditora de perturbação de ansiedade generalizada, fobia social e perturbação de hiperatividade com déficit de atenção em adolescentes.

1.1.4. Intervenções para redução da ansiedade

A terapia cognitiva comportamental tem sido considerada como eficaz no tratamento das Perturbações de Ansiedade, recebendo suporte empírico (Carmin & Albano, 2003; Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill & Harrington, 2004). A maioria dos programas de intervenção para crianças com perturbação de ansiedade envolve os pais, sendo que o grau de envolvimento varia de programa para programa. Nalguns os pais recebem apenas alguma informação, noutros os pais são chamados a estar ativamente envolvidos (Rapee et al, 2009).

Verifica-se que tanto as intervenções que envolvam apenas as crianças ou as crianças e os pais são eficazes na redução da ansiedade (Barrett, 1998). Também em relação à opção de intervenções individuais ou grupais não parece haver muitas diferenças. Num estudo (Liber, Widenfelt, Utens, Ferdinand, Van der Leeden, Van Gastel & Treffers, 2008) sobre a intervenção grupal ou individual em crianças, observou-se que 41% dos participantes da intervenção grupal não apresentava já critérios para o diagnóstico de nenhuma perturbação de ansiedade e 48% dos participantes da intervenção individual não apresentava já critérios para o diagnóstico de nenhuma perturbação de ansiedade. Ainda sobre as terapias cognitivo-comportamentais, os estudos mostram que os efeitos da intervenção em crianças com perturbação de ansiedade não se restringem a um efeito imediato, mas os ganhos do tratamento são mantidos ao longo do tempo, mesmo após um período de 7 anos após a intervenção (Barrett, Duffy, Dadds & Rapee, 2001; Kendall, Safford, Flannery-Schroeder & Webb, 2004).

1.2. Determinantes parentais e aceitação do tratamento

1.2.1. Adesão à terapêutica

A adesão ao tratamento diz respeito ao envolvimento do paciente de forma voluntária, ativa e à colaboração num curso de comportamento que é aceitável por todas as partes para produzir um resultado terapêutico ou preventivo que é desejado (Meichenbaum & Turk, 1987 cit. por Nock & Ferriter, 2005). Os termos *adherence* e *compliance* são assim usados para descrever até que ponto um paciente adere ou cumpre com as prescrições de tratamento que foram recomendadas (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall e Sykes, 2005, p.291).

Outros constructos têm sido alvo da literatura psicológica como adesão (*compliance*) e resistência (*resistance*). O termo *compliance* tem uma conotação de obediência ao terapeuta e por isso não parece coadunar-se com a relação de colaboração entre paciente e terapeuta que se pretende aquando de uma intervenção psicológica. Já o termo *resistance* pode conotar-se com a oposição ativa ou a confrontação por parte do paciente (Nock e Ferriter, 2005).

Em psicologia pediátrica o problema da não adesão é uma temática bastante estudada (Barros e Santos, 1999). No que diz respeito à psicopatologia infantil, Nock e Ferriter (2005) referem que é preocupante a baixa taxa de procura, participação e adesão à terapia infantil, em especial, porque apenas um terço das crianças que necessitam de serviços de saúde mental estão realmente a receber tratamento. Ainda mais preocupante, será o facto de quase metade dessas famílias que estão envolvidas em intervenções abandonarem o tratamento de forma prematura. A adesão a intervenções psicoterapêuticas na infância e na adolescência é ainda mais particular, pois o terapeuta interage com dois ou três interlocutores que podem ou não aderir, que são eles a criança e os pais ou cuidadores principais (Barros & Santos, 1999).

Geffken e colaboradores (2006) referem que, se por um lado existe um investimento na investigação da não adesão às recomendações médicas em crianças com doença crónica, o número de investigações que se centraram na não adesão às recomendações feitas pelos psicólogos é ainda mais escasso, apesar destas taxas de adesão serem comparáveis senão inferiores às recomendações médicas. Uma das linhas de investigação dos comportamentos de adesão procura conhecer os preditores da adesão, entre eles, variáveis demográficas, características psicológicas, percepção da gravidade da doença e benefícios do tratamento (Allen & Warzak, 2000).

Para análise do processo de adesão serão descritos três modelos que a literatura tem referido como modelos que se reportam à adesão, dois modelos gerais, Modelo de Crenças de Saúde e Modelo de Fases de Mudança, e um modelo centrado apenas nas crenças sobre controlo e adesão, Modelo de Locus de Controlo.

1.2.2. Modelos explicativos dos comportamentos de adesão à terapêutica

O **Modelo de Crenças de Saúde de Beck e Rosenstock** tem por base quatro crenças que vão influenciar os comportamentos das pessoas relativamente à sua saúde, contribuindo para o aumento ou diminuição dos comportamentos de adesão. Estas crenças prendem-se com:

(a) suscetibilidade percebida – percepção subjetiva do risco de contrair uma doença. A pessoa percebe-se como vulnerável à doença. Quando a mesma já existe, esta dimensão passa a incluir a aceitação do diagnóstico e a suscetibilidade para as doenças em geral;

(b) gravidade percebida – prende-se com a preocupação com a seriedade de contrair uma doença ou de não a tratar, incluindo assim a avaliação das consequências médicas, clínicas e sociais;

(c) benefícios percebidos – crenças sobre a eficácia de várias ações que estão disponíveis para a diminuição da ameaça de doença;

(d) barreiras percebidas – tomadas como um impedimento para realizar um comportamento recomendado.

Este modelo centra-se na ideia de que a tomada de decisão sobre a adoção de comportamentos de saúde dependeria de uma avaliação dos custos e benefícios inerentes à adoção desses comportamentos, em que o indivíduo ponderaria a eficácia das ações em relação às percepções de custos (ações que podem ser dispendiosas, desagradáveis, perigosas, entre outras) (Bennet, 2002; Janz & Becker, 1984). Contudo, este modelo foi alvo de algumas críticas relativas ao processamento racional da informação, não dando grande relevância aos fatores ambientais e sociais que poderiam influenciar a tomada de decisão, focando-se apenas nos individuais. Também é apontado como ponto fraco a dificuldade em perceber a inter-relação entre as diferentes crenças centrais, ou seja, a ausência de clarificação das ligações entre os diversos fatores ou a importância relativa de cada um deles no processo de tomada de decisão (Bennet, 2002; Ogden, 2000).

O **Modelo de Locus de Controlo de Rotter** (1966) enfatiza o papel do locus de controlo da saúde, isto é, o grau em que a pessoa acredita que pode ter controlo sobre a sua saúde (Bennet, 2002). As crenças que a pessoa tem sobre quem é responsável por aquilo que lhe acontece podem traduzir-se, assim, em dois tipos de locus de controlo: locus de controlo interno (controlo que a pessoa tem sobre o resultado do seu comportamento) e

locus de controlo externo (forças externas controlam o resultado do comportamento) (Viveros e Herrera, 2011).

Wallston e colaboradores (1984) partiram do trabalho de Rotter sobre as crenças de controlo generalizadas e identificaram três dimensões de locus de controlo (interno, acaso e figuras de autoridade) percebido que integram o modelo (Bennet, 2000). A dimensão do *controlo percebido interno* diz respeito às pessoas que percebem que são responsáveis pela saúde do próprio, ou seja, a saúde depende em grande parte do seu controlo. A dimensão do *controlo ligado ao acaso* aplica-se aos indivíduos que percebem a sua saúde como sendo algo que é independente do seu controlo e que está ligada ao acaso ou à sorte. Por último, a dimensão de *controlo ligada a figuras de autoridade* aplica-se a pessoas que acreditam que a sua saúde é controlada por outros (por exemplo, os médicos e profissionais de saúde) (Bennet, 2000).

Este modelo permite assim prever que indivíduos preocupados com a saúde e com um locus de controlo interno teriam maior probabilidade de adotar comportamentos promotores da saúde. Aqueles que valorizassem a saúde e apresentassem pontuações elevadas na dimensão de figuras de autoridade terão maior probabilidade de procurar e aderir a tratamentos médicos em caso de doença (Bennet, 2000). Contudo, apesar de o locus de controlo neste modelo se aplicar aos indivíduos para os quais a saúde é valorizada, a maior parte da investigação realizada sobre as crenças de locus de controlo não integrou o valor que os indivíduos atribuem à saúde (Viveros & Herrera, 2011).

O **Modelo Transteórico de Mudança** ou **Modelo de Fases de Mudança de Prochaska e DiClemente** (1982) foi criado analisando as mudanças que ocorriam durante terapias que levavam à modificação do comportamento (Ogden, 2000). Este modelo é constituído por duas dimensões fundamentais: fases de mudança e processos de mudança (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velasquez, Rossi, 1991). As fases de mudança são pré-intenção, intenção, preparação, ação e manutenção.

A **fase de pré-intenção** é caracterizada por o indivíduo não se encontrar disponível para modificar um padrão de comportamento, pelo menos num futuro próximo. Enquanto o sujeito considerar que o padrão atual de comportamento é funcional e não surjam motivos para a mudança, irá manter-se nesta fase, passando apenas à fase seguinte após considerar que o comportamento já não é funcional (DiClemente, 2003). Normalmente, os indivíduos nesta fase são pessoas resistentes ou pouco motivadas ou não se encontram preparadas para se envolver em nenhum tipo de intervenção (Prochaska, Redding & Evers, 2008).

Na **fase de intenção** os indivíduos consideram a necessidade de mudar, entrando num período de instabilidade. Nesta fase, avaliam-se os riscos e benefícios, os pros e contras do comportamento atual e do novo comportamento. As razões para a mudança precisam de ser substanciais para que o indivíduo possa esforçar-se no sentido da mudança. Assim, a tarefa desta etapa é resolver a balança de decisão no sentido da mudança (DiClemente, 2003).

A **fase de preparação** implica desenvolver um plano de ação e criar o empenho necessário para implementar o mesmo (DiClemente, 2003). Os indivíduos têm a intenção de iniciar uma ação no período próximo, normalmente dentro de um período de tempo correspondente a um mês (Prochaska, Redding & Evers, 2008). Nesta fase o indivíduo pode iniciar pequenas mudanças (Ogden, 2000).

Na **fase de ação** os sujeitos passam à implementação do plano, tentando implementar um novo padrão de comportamento face às barreiras e desafios que se colocam à mudança, procurando integrar o novo comportamento na sua rotina. Nesta fase, e uma vez que o novo comportamento não está ainda estabelecido, o sujeito pode regredir e voltar aos padrões de comportamento que anteriormente utilizava (DiClemente, 2003).

Na **fase de manutenção**, o comportamento é integrado no estilo de vida do sujeito, tornando-se automático. Contudo existe ainda o risco de reverter para o padrão antigo de comportamento, pelo que o novo comportamento só está realmente estabelecido quando este não requer esforço para o realizar (DiClemente, 2003). As pessoas nesta fase encontram-se mais confiantes de que podem continuar a mudar e sentem-se menos tentadas a regredir para os antigos comportamentos (Prochaska, Redding & Evers, 2008).

Pode ainda acrescentar-se a **fase de término ou finalização**, em que a pessoa não se sente tentada a regredir para os antigos padrões, parecendo que estes nunca estiveram presentes. Esta fase pode ser apenas um ideal a atingir, podendo não ser alcançado pela maioria das pessoas, pelo que muitas vezes não é incluído nas investigações (Prochaska, Redding & Evers, 2008).

Estas fases não ocorrem de forma linear, em que um indivíduo passa da fase 1 para a fase 5, sendo possível haver regressões (Ogden, 2000).

Este modelo tem sido utilizado em vários estudos de modo a verificar o processo de mudança, nomeadamente consumo de tabaco (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velasquez & Rossi, 1991; Prochaska & DiClemente, 1983), perda de peso (Johnson, Paiva, Cummins, Johnson, Dymont, Wright, Prochaska, Prochaska & Sherman, 2008) e adesão ao exercício físico (Fallon, Hausenblas & Nigg, 2005). No entanto este modelo apresenta

também algumas limitações. É um modelo que não parece ser aplicável à prevenção do abuso de substâncias em crianças, o que levou a que se pensasse que este modelo não poderia ser aplicado à prevenção de comportamentos de risco em crianças e adolescentes (Prochaska, Redding & Evers, 2008). Tal facto tem sido rebatido, por exemplo, em estudos sobre a prevenção de bullying em diversas faixas etárias (Prochaska, Evers, Prochaska & Johnson, 2007).

1.2.3 Determinantes da procura de ajuda, aceitação, adesão e desistência na intervenção psicológica com crianças: estudos empíricos

a) Procura de ajuda

Alguns da investigação realizada tem procurado perceber o fenómeno da **procura de ajuda** e de quais os preditores bem como as barreiras que influenciam a procura de ajuda (Farmer, Burns, Angold & Costello, 1997; Kerkorian, McKay & Bannon, 2006; Teagle, 2002). O interesse nesta temática reporta-se à discrepância existente entre a necessidade de recorrer aos serviços de saúde mental e a sua utilização efetiva. Parece ser, assim, que a existência de obstáculos reais ou percebidos impossibilita que as crianças e os pais procurem, obtenham e usem os serviços de saúde mental (Kerkorian et al, 2006).

Alguns preditores da procura de ajuda dizem respeito a características sociodemográficas, crenças culturais relativas à saúde mental, influência dos outros e incongruências entre as crenças culturais, valores e necessidades da pessoa e objetivos dos programas de saúde mental. Contudo, poucos são os estudos que têm tido em conta as percepções parentais sobre os obstáculos ou barreiras para a procura de ajuda para os filhos, verificando-se que muitas vezes os pais nunca foram questionados sobre as barreiras percebidas pelos próprios (Kerkorian et al, 2006). Outras variáveis que poderão promover a procura de ajuda incluem a gravidade do problema da criança, o *background* familiar e o impacto percebido pelos pais do problema da criança. Nomeadamente, é possível verificar que os problemas emocionais têm um impacto na vida familiar, interferindo nas rotinas, nas relações familiares entre pais e filhos, entre o casal e entre os filhos, bem como interferindo nas relações com os amigos e família alargada (Farmer et al, 1997).

Num estudo sobre a procura de ajuda de Farmer et al. (1997), os autores procuraram perceber de que forma o impacto do problema de comportamento das crianças na família se relaciona com a procura de ajuda. A amostra foi obtida a partir da amostra do *Great Smoky Mountains Study* (Costello, Angold, Burns, Erkanli, Stangl & Tweed, 1996)

no qual foi usado o *Child Behavior Checklist* (Achenbach & Edelbrock, 1983). Para obter informação parental sobre o impacto dos problemas de comportamento das crianças na família, os autores recorreram ao *Child and Adolescent Impact Assessment* (CAIA; Patrick, Angold, Burns & Costello, 1992), um instrumento que avalia 17 áreas do impacto do problema na família: relação com o conjugue, relação com outra criança na família, relação entre as crianças, o comportamento das outras crianças, relação com outros membros da família, relação com amigos, atividade pessoal e familiar restrita, indicadores de bem-estar parental (depressão, preocupações, cansaço, e outros problemas de saúde física ou mental), sentimento de competência parental para lidar com os problemas da criança e tentativas parentais de lidar com os problemas dos filhos (como procurar ajuda profissional para eles próprios, aumento do uso de substâncias ou uso de medicação). Os resultados mostraram uma associação significativa entre impacto na família e o uso dos serviços de saúde mental. Em particular duas áreas do impacto familiar relacionam-se com a procura de ajuda: bem-estar dos pais e o sentimento parental de incompetência para lidar com os problemas dos filhos. A gravidade do problema da criança foi outro fator associado com a procura de ajuda (Farmer et al, 1997).

Um estudo de Teagle (2002) analisou a relação entre reconhecimento parental do problema e a procura de ajuda. Na investigação o conceito de reconhecimento de problema foi apresentado como tendo duas componentes: a percepção parental de que a criança tem problemas ou necessidades (percepção do problema) e a percepção parental da intensidade e tipo de sofrimento que a psicopatologia da criança provoca nos outros (impacto na família). Este conceito foi retirado do modelo de acesso aos serviços de saúde de Costello, Pescosolido, Angold e Burns (1998). À semelhança do estudo de Farmer e colaboradores (1997), o estudo inclui um instrumento para medição do impacto do problema (CAIA). Inclui também uma entrevista estruturada (*Child and Adolescent Psychiatric Assessment*; Angold e Costello, 1995) que permite recolher informação sobre a percepção do problema pelos pais, sintomatologia psiquiátrica da criança, problema de relacionamento entre pais e criança, história parental de psicopatologia e acontecimentos de vida negativos que tenham acontecido recentemente. Os resultados do estudo mostram que 13,3% dos pais indicaram ter percepção do problema e 11,2% dos pais reportaram impacto na família. Os resultados mostram também que os pais de crianças com problemas de maior gravidade percebem um maior impacto. Contudo, no que diz respeito à procura de ajuda, os resultados revelam que a percepção do problema só era um preditor da procura de ajuda especializada.

b) Estudos sobre a aceitação

A **aceitação do tratamento** pode ser designada pela expressão *initiation adherence*, sendo a adesão considerada como um contínuo desde o momento que os pais aceitam a intervenção até ao momento em que esta termina (Greffken, Keeley, Kellison, Storch & Rodrigue, 2006). Os pensamentos, atitudes e crenças parentais que surgem após a recomendação do psicólogo podem ter um efeito no comportamento de **aceitação da intervenção**. As crenças que os pais têm sobre a credibilidade do tratamento recomendado, o foco da intervenção e até que ponto a mesma pode melhorar o funcionamento da criança, a competência do psicoterapeuta e as exigências de tempo e recursos que o tratamento faz, podem influenciar se os pais irão ou não iniciar e aceitar a intervenção. No mesmo sentido, as barreiras que influenciam a não adesão ao tratamento podem também ter um efeito negativo na decisão parental de aceitar ou não aceitar determinada intervenção ou tratamento (Greffken et al, 2006).

Um estudo realizado por Dreyer, O’Laughlin, Moore e Milam (2010) procurou examinar as barreiras percebidas à aceitação parental e à decisão de seguir as recomendações após avaliação psicológica. Os investigadores selecionaram crianças que tinham sido avaliadas devido a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, sendo que amostra é constituída por crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção e Perturbação de Oposição. As variáveis em estudo prendem-se com fatores sociodemográficos (etnia, estatuto socioeconómico, constelação familiar, escolaridade do cuidador, historial médico e psiquiátrico da criança e do cuidador e história de desenvolvimento da criança), gravidade do problema da criança e stress parental. Para avaliar a decisão parental de seguir as recomendações, os investigadores realizaram uma entrevista telefónica, 4 a 6 semanas após a sessão de feedback onde foram realizadas as recomendações. Era pedido aos cuidadores que utilizando uma escala de Likert de 5 pontos (em que 0 correspondia ao não seguimento das recomendações e 5 o seguimento completo das recomendações) o quanto consideravam ter seguido as recomendações. Os resultados indicam uma aceitação das recomendações de cerca de 70%. Apesar destes resultados, os investigadores chamam a atenção de que uma das recomendações mais frequentes foi procurar informação sobre as perturbações da criança e que parte desta informação era dada na consulta de feedback como forma de explicar outras intervenções mais específicas, o que poderá ter levado os pais a indicarem a participação nesta sessão como o seguimento das recomendações propostas. Por outro lado, os resultados mostraram que os preditores de não adesão se relacionavam com o número de barreiras percebidas (e.g. falta de tempo para

prosseguir com as recomendações ou os recursos necessários não estão disponíveis na comunidade). A gravidade do problema não se associou à aceitação ou não aceitação das recomendações.

Um outro estudo de Keeley e Wiens (2008) centrou-se na recusa parental em iniciar o tratamento recomendado para problemas comportamentais e emocionais, definindo esta recusa com base em pais que compareciam à sessão de avaliação mas não iniciavam tratamento (não assistiam a nenhuma sessão). Esta investigação tem por base a ideia de que algumas características da dinâmica familiar podem ter impacto na decisão de aceitar as recomendações e iniciar uma intervenção psicológica para a criança. Os autores recolheram informações sociodemográficas (etnia, formação e ocupação parental, nível socioeconómico e situação conjugal), bem como informação sobre o problema da criança recorrendo ao *Child Behavior Checklist* (Achenbach & Rescola, 2001) e ao *Behavior Assessment System for Children-Parent Rating Scale* (Reynolds & Kamphaus, 1998). Os autores recorreram ainda à *Family Environment Scale (FES)* para medir a coesão, organização e conflitos familiares, e ao *Parenting Stress Index-Short Form* para medir o stress percebido na interação entre pais e crianças. Os resultados apontam para uma taxa de recusa de 31%, sendo que fatores ambientais da família (medido pelo *FES*), nomeadamente a coesão familiar, contribuíram para explicar parte da variância da recusa parental do tratamento, no sentido em que menor coesão contribui para uma maior recusa de tratamento. Por outro lado, os resultados mostram também que famílias com crianças com problemas de internalização rejeitam mais o tratamento do que pais de crianças com problemas de externalização.

c) Estudos sobre a adesão

A **adesão** a um tratamento pode definir-se genericamente como o grau em que o comportamento dos pacientes ou cuidadores (no caso das crianças e adolescentes) coincide com as recomendações dos profissionais (Allen & Warzak, 2000; Vitolins, Rand, Rapp, Ribisl & Sevic, 2000). A adesão ao tratamento depende da crença parental de que o tratamento é eficaz, da capacidade do terapeuta explicar a intervenção, da capacidade parental para entender a intervenção (p. ex., pais com défice cognitivo podem não aceitar a intervenção por não a compreenderem), dos recursos económicos parentais e da rede apoio parental (Allen & Warzak, 2000).

Em Psicologia Pediátrica, ainda que a aceitação e participação da criança numa intervenção sejam relevantes, a adesão depende sobretudo dos pais ou outros adultos

responsáveis pela criança (Barros & Santos, 1999). Na revisão de literatura sobre a adesão parental tem-se verificado o recurso a duas abordagens: **adesão dentro da sessão** e **adesão entre sessões**. A primeira diz respeito à comparência e cumprimento da sessão bem como os comportamentos parentais na sessão (p.ex., envolvimento em *role-plays*) e a segunda refere-se à utilização das técnicas ou habilidades aprendidas bem como completar trabalhos de casa (p.ex., registos diários) (Nock & Ferriter, 2005; Springer & Reddy, 2010).

A adesão parental depende dos **obstáculos** percebidos pelos pais para o envolvimento numa intervenção, ou seja, das barreiras percebidas. Sabe-se que alguns dos fatores que estão implicados na não adesão em populações adultas podem também influenciar a não adesão parental na intervenção infantil. Por exemplo, algumas características sociodemográficas da família que podem contribuir para a não adesão, como a composição da família, estatuto socioeconómico, pertencer a uma minoria (Morrissey-Kane & Prinz, 1999). As barreiras à adesão parental podem englobar ainda outras temáticas como dificuldades no transporte, perceção de que o tratamento não será útil, outras tarefas e exigências que tiram tempo para poderem cumprir as recomendações, entre outras (MacNaughton e Rodrigue, 2001).

Num estudo de MacNaughton e Rodrigue(2001) sobre a predição da adesão parental, os autores procuraram examinar que variáveis estariam implicadas na adesão parental às recomendações feitas após a avaliação psicológica da criança para problemas de internalização e externalização. Os autores apontaram como preditores algumas características sociodemográficas (idade do cuidador, escolaridade, etnia, ocupação, rendimento familiar, estrutura familiar, idade da criança, género e história de avaliação psicológica e/ou tratamento), a gravidade do problema, a recordação parental das recomendações, a satisfação com os serviços de avaliação psicológica, o locus de controlo e as barreiras percebidas. A amostra foi recolhida na sala de espera, enquanto os pais aguardavam o início da consulta ou as crianças se encontravam a ser avaliadas, sendo explicado aos pais em que consistia o estudo. Após o consentimento informado eram aplicados questionários aos pais para recolher informação sobre a gravidade do problema (Child Behavior Checklist; Achenbach, 1991) e o locus de controlo (Parental Locus of Control – Short Form; Rayfield, Eyberg, Boggs e Roberts, 1995). Após a avaliação da criança, era marcada uma sessão de feedback com os pais, na qual lhe era entregue uma prescrição escrita das recomendações terapêuticas, e a seguir à qual os investigadores recolhiam informações sobre a satisfação parental e características sociodemográficas. A

avaliação da adesão parental às recomendações efetuava-se quatro semanas após a entrevista telefónica. Os autores esperavam que uma maior gravidade percebida do problema, maior satisfação com o serviço de avaliação psicológica e um maior locus de controlo interno estariam associados a uma maior adesão e que uma menor capacidade de recordação das recomendações bem como um maior número de barreiras percebidas implicaria uma não adesão. Os resultados não vieram confirmar as hipóteses dos autores, verificando-se que o número de barreiras percebidas foi o preditor mais relevante da adesão parental em comparação com os fatores demográficos, gravidade do problema, recordação das recomendações, satisfação com o serviço de avaliação psicológica e locus de controlo. Os autores concluíram que o número absoluto de barreiras experienciadas teria maior significado clínico do que o tipo de barreiras encontradas (MacNaughton & Rodrigue, 2001).

Os pais ou cuidadores são os responsáveis por iniciar o tratamento, dar consentimento, fazer o pagamento, bem como gerir o comparecimento às sessões, entre outros pelo que as atribuições ou crenças parentais podem ter um papel relevante na adesão, sendo que as **crenças parentais sobre a doença (problema) e/ou o tipo de intervenção** podem afetar a adesão ao tratamento (Nock & Ferritier, 2005; Nock, Ferritier & Holmberg, 2007).

Num estudo de revisão, elaborado por Morrissey-Kane e Prinz (1999), os autores referem que um pai/mãe que se considere como um cuidador ineficaz, que nada do que faz funciona ou que considere que o comportamento da criança não pode ser mudado poderá recusar envolver-se na intervenção. Se os pais acreditam que não têm qualquer responsabilidade no comportamento dos seus filhos terão expectativas baixas sobre a utilidade de intervenções que impliquem a participação dos pais, resultando na não adesão (Peters, Calam & Harrington, 2005). Pelo contrário, se os pais atribuírem a eles próprios parte da responsabilidade pelo problema e pela solução, e não apenas aos seus filhos, maior será a adesão parental às intervenções (Mah & Johnston, 2008).

Um estudo de Rosno, Steele, Johnston e Aylward (2008) sobre uma intervenção para o sobrepeso em crianças e adolescentes procurou examinar a relação entre locus de controlo e adesão à intervenção. Os investigadores recolheram informações sociodemográficas (estado civil, educação, peso dos pais, presença de problemas de peso nos pais ou história de problemas de peso, etnia, número de crianças em casa e se as outras crianças também tinham problemas de peso) e locus de controlo parental recorrendo ao *Multidimensional Health Locus of Control Form C* (Wallston et al, 1994), adaptando-o de

forma a recolher informação sobre o locus de controlo parental sobre o problema de peso da criança. A adesão ao tratamento foi medida através da presença nas sessões, a realização de um registo semanal e a realização de um inventário dos alimentos armazenados em casa. Os resultados do estudo mostraram que os pais que percebiam uma maior responsabilidade pelo problema de peso dos filhos participaram menos nas sessões, verificando-se uma correlação negativa entre percepção de responsabilidade parental pelo problema e adesão à intervenção. Os pais com locus de controlo externo, que atribuíam o problema da criança a fatores como o acaso, compareceram às sessões com menor frequência. Por outro lado, verificou-se que quando os pais colocavam a sua confiança nos profissionais de saúde com mais frequência aderiam à intervenção.

d) Estudos sobre a desistência do tratamento

Embora exista investigação sobre a adesão parental, não existe muita informação sobre a adesão parental às recomendações do psicólogo, pelo que o recurso a literatura sobre outras variáveis como **a desistência do tratamento** (*drop-out*) poderá fornecer algum *insight* sobre os fatores que estarão associados à adesão parental (MacNaughton & Rodrigue, 2001).

Muitos estudos definem a **desistência do tratamento** com base no número de sessões que o paciente completa, pelo que um paciente que não frequente um determinado número de sessões é incluído no grupo das desistências. Uma outra operacionalização deste conceito consiste em incluir o juízo do terapeuta que classifica quem desiste ou não completamente das sessões predefinidas do regime de tratamento acordado (Hann, Boon, Jong, Hoeve & Vermeiren, 2013). Contudo o recurso à operacionalização da desistência com base no número de sessões pode incluir no mesmo grupo pacientes que representam realmente desistências e pacientes que alcançaram os objetivos terapêuticos antes do cumprimento do número de sessões acordadas, não constituindo verdadeiras desistências.

A literatura refere que os preditores estudados da **desistência do tratamento** são restritos (tanto em número como em extensão) por serem “variáveis de conveniência”. Ou seja, muitas das variáveis são escolhidas devido à facilidade em obter informações sobre elas, como por exemplo, estatuto socioeconómico e estado civil. Também se entende que esses preditores são muito abrangentes, não permitindo assim conseguir entender os possíveis mecanismos que estão envolvidos na desistência do tratamento nem sugerem diretrizes sobre como, quando e onde intervir para prevenir esse fenómeno. A título de exemplo, pode dizer-se que o estatuto socioeconómico pode influenciar a desistência do

tratamento por diversos motivos, entre eles os obstáculos económicos para o transporte ou as expectativas parentais que são discrepantes das dos profissionais ou ainda um problema físico e mental severo tanto dos pais como da criança. Alguns preditores da desistência do tratamento prendem-se com dificuldades socioeconómicas, pertencer a uma minoria, dificuldades de transporte, níveis elevados de stress e disfunção familiar, circunstâncias de vida difíceis, stress parental, psicopatologia parental, gravidade do problema ou discrepância entre as expectativas parentais e as do terapeuta. Nesse sentido, é a influência de múltiplos fatores de risco como os supracitados que predizem a desistência do tratamento (Kazdin, Holland & Crowley, 1997).

Uma variável apontada pela literatura que pode contribuir para a desistência do tratamento por parte dos pais reporta-se à psicopatologia parental, em especial a ansiedade parental (quer esteja relacionada ou não com a terapia) (Creswell, Willetts, Murray, Singhal & Cooper, 2008; Suveg, Roblek, Robin, Krain, Aschenbrand & Ginsburg, 2006).

Um estudo de Miller e Prinz (2003) examinou o impacto da modalidade de tratamento na desistência do tratamento tendo em conta as crenças parentais. Neste estudo a desistência de tratamento correspondia à intenção expressa dos pais abandonarem o tratamento antes do seu término, tendo sido esta intenção comunicada a um dos membros da equipa de investigação. A amostra foi selecionada através de um processo de *screening* inicial que procurou identificar crianças que mostrassem evidências de comportamentos agressivos ou problemas de conduta e as crianças e os pais foram aleatoriamente distribuídos pelas modalidades de tratamento: intervenção com a criança, intervenção com os pais ou intervenção combinada com os pais e as crianças. Numa segunda fase a família era chamada para uma sessão de avaliação com aplicação de entrevista e a administração de instrumentos de avaliação como o Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991). Estes instrumentos foram respondidos pelo cuidador e por um adulto que não vivesse com a criança (e.g. professor de 1º ciclo ou educadora de infância). Foi também realizada uma entrevista por telefone para obter informação sobre as expectativas parentais sobre o tratamento e as atribuições sobre o comportamento dos filhos. As respostas dos pais (decorrentes da entrevista) foram depois classificadas em locus de controlo interno (respostas focadas em fatores pessoais relacionados com os pais e expectativas de que o tratamento abordaria problemas parentais e familiares) ou externo (respostas centradas nas características ou atributos da criança problemática e nas expectativas de que o tratamento iria ter como alvo a mudança comportamental da criança). Os resultados deste estudo mostraram que pais de crianças com problemas de comportamento que apresentaram um

locus de controlo externo, desistiam com maior frequência de tratamentos que implicassem o envolvimento parental por comparação a tratamentos que se centravam apenas na criança.

1.2.4 Limitações dos estudos empíricos sobre os determinantes da procura de ajuda, aceitação, adesão e desistência na intervenção psicológica com crianças

Da revisão de literatura realizada sobre a procura de ajuda, aceitação da intervenção, adesão, desistência do tratamento e procura de ajuda podemos constatar algumas limitações. Uma primeira está relacionada com o recurso a medidas não validadas para medir a adesão parental (MacNaughton & Rodrigue, 2001). Por vezes, e na tentativa de medir a adesão parental os investigadores são confrontados com diversas fontes a que podem recorrer, e tendo de tomar uma decisão, recorrem apenas à informação reportada pelos pais, noutras caos apenas aos terapeutas ou recolhem informação tanto dos pais como dos terapeutas. Por outro lado, ao estudar os fatores que influenciam a adesão parental, os investigadores encontram também desafios na forma de avaliar e testar os vários tipos de fatores que contribuem ou impedem a adesão e de obter uma medida precisa dos mesmos (Greffken, Keeley, Kellison, Storch & Rodrigue, 2006).

Outra limitação dos estudos prende-se com o recurso a apenas um informador no que diz respeito aos fatores que implicados na adesão parental, desistência do tratamento e procura de ajuda. Um estudo sobre a procura de ajuda refere que a perceção do problema e o impacto do problema na família não deveriam ser avaliados por apenas um cuidador, mas por outros adultos, uma vez que estes podem influenciar a procura de ajuda e influenciar o tipo de profissionais a que se recorrer (Teagle, 2002). É necessário ter em conta que não é apenas a procura de ajuda que é influenciada pelo sistema familiar, mas também a adesão parental (MacNaughton & Rodrigue, 2001).

Num estudo de MacNaughton e Rodrigue (2001) sobre a adesão parental, observou-se que o número de barreiras era o preditor mais relevante. No entanto, os autores alertam para a possibilidade de os pais que tomam a decisão de não aderir poderem sentir necessidade de justificar a sua não-adesão apresentado mais barreiras percebidas (MacNaughton & Rodrigue, 2001). No estudo de MacNaughton e Rodrigue (2001) as barreiras à adesão eram medidas com uma pergunta sobre a dificuldade em cumprir a recomendação, sendo que esta pergunta era realizada para todas as recomendações dadas

aos pais. Nesse sentido a construção de uma entrevista semiestruturada poderia ajudar na recolha desta informação. Ainda neste estudo, verifica-se que adesão parental foi operacionalizada como completar as recomendações ou iniciar as recomendações (p.ex. marcar um consulta com outro profissional de saúde). Mais ainda estes autores definem a adesão como o completar das recomendações ou iniciar as recomendações (e.g. marcar uma consulta). Uma vez que MacNaughton & Rodrigue (2001) operacionalizaram a adesão como iniciar a recomendação, os preditores de adesão que foram encontrados neste estudo (número de barreiras percebidas) podem explicar não só a adesão como a aceitação da intervenção.

Da revisão de literatura realizada, observa-se que poucas investigações focaram a sua atenção na aceitação do tratamento, sendo por isso relevante verificar se os fatores que têm contribuído para predizer procura de ajuda, adesão e desistência do tratamento podem estar implicados também na aceitação do tratamento.

2. OBJETIVOS E METODOLOGIAS

Esta investigação enquadra-se no âmbito de um estudo mais vasto “Projeto CATCH” (Ref.^a PTDC/PSI-PCL/122007/2010) e pretende explorar os determinantes parentais da aceitação de participação num programa terapêutico dirigido à redução da ansiedade de crianças em idade escolar. De forma geral, de acordo com os estudos revistos anteriormente verifica-se que poucos estudos têm explorado fatores preditores de aceitação da intervenção. Deste modo, a seleção de determinantes a serem estudados tem por base a investigação realizada sobre a procura de ajuda, a adesão e a desistência do tratamento. Fatores como o impacto do problema na família e a perceção do problema têm sido estudados na literatura sobre a procura de ajuda (Farmer et al, 1997; Teagle, 2002). Outros fatores como barreiras percebidas, características sociodemográficas como o nível socioeconómico e a situação conjugal e crenças parentais, em especial crenças de controlo, têm sido explorados na literatura sobre a adesão e a desistência do tratamento (MacNaughton & Rodrigue, 2001; Miller & Prinz, 2003; Rosno et al, 2008). Neste estudo exploratório, procurou-se averiguar se alguns destes fatores estudados noutros fenómenos poderiam ser determinantes da aceitação parental de uma intervenção para redução da ansiedade da criança.

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo geral

O presente estudo tem como objetivo geral perceber quais os fatores parentais que influenciam a aceitação ou não aceitação de um programa de intervenção para redução da ansiedade em crianças em idade escolar, proposta a pais de crianças numa amostra comunitária que apresentavam um diagnóstico principal de ansiedade.

2.1.2. Objetivos específicos

Considerando o objetivo geral do estudo surgiram os seguintes objetivos específicos:

1. Analisar as crenças parentais acerca da ansiedade da criança;
2. Analisar a interferência da ansiedade, na perspetiva dos pais, na vida da criança e da família:

- 2.1. Caracterizar o impacto da ansiedade na vida da criança;
- 2.2. Caracterizar o impacto da ansiedade na vida da família;
3. Explorar as razões fornecidas pelos pais para a não aceitação da intervenção
4. Comparar os dois grupos em relação às variáveis sociodemográficas: nível socioeconómico, ciclo de ensino e conjugalidade parental;
5. Comparar os dois grupos em relação às crenças parentais;
6. Comparar os dois grupos em relação à interferência da ansiedade para a vida da criança e da família;
7. Comparar os dois grupos em relação à ansiedade percebida pelos pais e pelas crianças
8. Analisar a procura de Ajuda;
 - 8.1. Comparar os dois grupos em relação à procura de ajuda
 - 8.2. Categorizar os diferentes profissionais de saúde a que os participantes recorreram anteriormente;
9. Analisar as preocupações dos pais em relação aos filhos;
 - 9.1. Categorizar as diferentes preocupações referidos pelos pais;
 - 9.2. Comparar os dois grupos em relação às preocupações dos pais

2.2. Metodologia

2.2.1. Desenho da investigação

O presente estudo é exploratório, experimental e transversal. Baseia-se numa abordagem quantitativa, com recurso a questionários como método de recolha de dados números necessários para responder a uma questão de investigação. De acordo com a problemática em estudo, optou-se por uma abordagem quantitativa uma vez que esta permite uma aquisição de conhecimento com base na recolha de dados de uma amostra que permitem uma generalização a uma população alargada. A abordagem quantitativa inicia-se com o teste de uma hipótese ou teoria e recorre, para tal, a instrumentos validados que mostrem ser válidos e fiáveis para os fenómenos em estudo (Szyjka, 2012).

A vantagem da abordagem quantitativa é a possibilidade de quantificar as respostas dos participantes a um conjunto limitado de perguntas, o que facilita a agregação dos dados e a comparação estatística dos mesmos. Com a utilização de questionários de resposta fechada pode identificar-se um padrão geral de resposta dos participantes a um

determinado programa ou tratamento. No entanto, e por exigir uma abordagem dedutiva e um conjunto previamente determinado de respostas padronizadas baseadas na teoria, impossibilitam a recolha de informação sobre experiências pessoais. A informação recolhida não tem por base a expressão de sentimentos e pensamentos pelas próprias palavras do participante, pelo que as suas respostas dependerão das opções de resposta que lhe são dadas (Szyjka, 2012).

2.3. Amostra

A amostra deste estudo constitui uma amostra não probabilística por conveniência, e é um recorte da amostra do estudo mais alargado. Relativamente aos critérios de inclusão, foram incluídas na amostra do presente estudo todas as crianças que apresentassem diagnóstico principal de ansiedade.

Apresenta-se abaixo a caracterização das crianças e das famílias que participaram neste estudo (Tabela 3 e Tabela 4). Participaram neste estudo 104 crianças e as suas mães. As crianças frequentavam o primeiro e segundo ciclos de ensino, distribuindo-se entre o terceiro e o sexto anos de escolaridade de escolas do meio semi-urbano e urbano de diferentes zonas geográficas no concelho de Lisboa e do concelho de Mafra. A idade das crianças variou entre os 7 e os 12 anos, com cinquenta e três crianças do sexo feminino.

Tabela 3: Caracterização das variáveis da criança

Variáveis da criança	N = 104	%		
Ciclo de Ensino				
1.º Ciclo	40	(38,5%)		
2.º Ciclo	64	(61,5%)		
Idade				
7	1	(1,0 %)		
8	16	(15,4 %)		
9	25	(24 %)		
10	38	(36,5 %)		
11	22	(21,2 %)		
12	2	(1,9 %)		
	M	SD	Min	Máx
	9,67	1,07	7	12
Sexo				
Feminino	53	(51 %)		
Masculino	51	(49 %)		

Na sua maioria, as crianças pertenciam a famílias de nível socioeconómico médio, possuindo as mães habilitações literárias iguais ou superiores ao décimo segundo ano de escolaridade. Em relação à situação conjugal dos pais, estes eram na maioria casados ou viviam em união de facto.

Tabela 4: Caracterização das variáveis dos pais e da família

Variáveis dos pais e família		N = 104 %		
Habilitações literárias da mãe				
4.º ano ou inferior		5 (4,8 %)		
6.º ano		5 (4,8 %)		
9.º ano		23 (22,1 %)		
12.º ano		33 (31,7 %)		
Ensino superior		35 (33,7 %)		
Conjugalidade				
Casado / União de facto		76 (73,1 %)		
Separado / Divorciado		23 (22,1 %)		
Número de elementos do agregado familiar	M	SD	Min	Máx
	4,02	1,14	2	8
Irmãos – categorias				
Filho único		13 (12,5 %)		
Um irmão		53 (51,0 %)		
Dois ou mais irmãos		34 (32,7 %)		
Posição Fratria				
Mais novo		36 (34,6 %)		
Do meio		9 (8,7 %)		
Mais velho		41 (39,4 %)		
NSE				
Baixo		31 (29,8 %)		
Médio		44 (42,3 %)		
Elevado		27 (26 %)		

2.4. Instrumentos de recolha de dados

2.4.1. SCARED-R – versões pais/crianças (Muris, Merckelbach, Schmidt & Mayer, 1999, versão portuguesa de Pereira & Barros, 2010)

O SCARED-R é um instrumento com 69 itens que pretende avaliar diferentes dimensões de problemas de ansiedade em crianças, segundo o DSM-IV. As dimensões avaliadas consistem na ansiedade de separação, ansiedade generalizada, perturbação de pânico, fobia social e ansiedade à escola, fobia específica, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações pós-stress traumático.

Existem duas versões do instrumento, uma para ser respondida pelas crianças e outra para ser respondida pelos pais das crianças. Neste estudo a seleção das crianças foi feita através das versões respondidas pelas crianças e pelas mães ou cuidador principal. Os respondentes têm de classificar a frequência com que experienciam cada um dos sintomas de ansiedade nos últimos três meses da seguinte forma: 0 (nunca ou quase nunca), 1 (às vezes), 2 (frequentemente).

Para a amostra em estudo, a escala total do instrumento apresenta uma fiabilidade excelente ($\alpha > .90$) tanto na versão para pais como na versão para as crianças, apresentando as restantes subescalas uma fiabilidade aceitável, com exceção da subescala Fobia à Escola (versão para crianças e para pais) e a subescala perturbação do stress pós-traumático (versão para crianças).

2.4.2. ADIS-IV-C/P – Anxiety Disorder Interview Schedule for Children (Albano & Silverman, 1996, versão portuguesa de Pereira & Barros, 2010)

A ADIS-IV-C/P é uma entrevista semiestruturada que permite o diagnóstico diferencial de perturbações de ansiedade de acordo com o sistema de classificação do DSM-IV. Permite fazer um diagnóstico com base nos relatos da criança e dos pais, assim como um diagnóstico combinado dos dois relatos (Silverman, Saavedra & Pina, 2001).

Cada secção da entrevista corresponde a uma determinada perturbação: recusa em ir à escola; ansiedade de separação; fobia social; fobia específica; perturbação de pânico; agorafobia com ou sem perturbação do pânico; ansiedade generalizada; perturbação obsessivo-compulsiva; perturbação do stress pós-traumático; distímia; perturbação

depressiva major; perturbação da hiperatividade e défice de atenção; perturbação do comportamento e perturbação de oposição. Todas as secções contêm questões que avaliam a presença ou ausência de determinado sintoma aos quais a resposta deverá ser sim ou não. Se o número de sintomas que estão presentes for suficiente para ir ao encontro dos critérios descritos pelo DSM-IV, é perguntado a interferência da perturbação no dia-a-dia da criança (ao nível escolar, familiar, social e bem-estar), numa escala que varia de 0 (nenhuma interferência) a 8 (muitíssima interferência). Um dos critérios de diagnóstico que tem de estar presente para todas as perturbações é o grau de interferência igual ou superior a 4 (Silverman, Saavedra & Pina, 2001).

As entrevistas semi-estruturadas como a ADIS-IV-P permitem colocar questões abertas que possam resultar na clarificação das respostas dadas e obter maior informação. Com o seu formato estandardizado e sistemático, parece haver um aumento na confiança no diagnóstico, por diminuição dos erros associados à variância do método, informador e entrevistador (Albano & Silverman, 1996).

Alguns estudos realizados com a ADIS-IV-P (versão para pais e para crianças) revelam que os diagnósticos de perturbação de ansiedade estabelecidos com recurso a esta entrevista têm entre boa a muito boa estabilidade teste-reteste, em particular em relação aos diagnósticos de ansiedade de separação, fobia social, fobia específica e ansiedade generalizada ($\kappa = 0,65 - 0,88$) (Silverman, Saavedra, & Pina, 2001).

2.4.3. EIAV-C – Children’s Anxiety Life Interference Scale (Lyneham, Abbott, Rapee, Tolin, Carlson & Hudson, 2011, versão portuguesa de Pereira & Barros, 2011)

A EIAV-C (Escala de Interferência da Ansiedade na Vida da Criança) tem por objetivo avaliar a interferência dos problemas de ansiedade na vida da criança e na vida da família. Existem duas versões, uma para pais e outra para as crianças.

Neste estudo foi utilizada a versão para pais. A versão para pais é constituída por duas subescalas: uma subescala de 9 itens sobre a interferência na vida da criança e uma subescala de 9 itens sobre a interferência na vida da família. A escala de resposta varia entre 0 (“nada”) a 4 (“muito”).

O estudo psicométrico realizado com o instrumento original (Lyneham, Abbott, Rapee, Tolin, Carlson & Hudson, 2011) revelou bons resultados, encontrando-se um alfa de Cronbach de 0.79 e 0.83 para a subescala interferência na vida da criança, baseado no

relato da mãe e do pai, respetivamente. Sobre a subescala de interferência na vida da família, os alfas foram de 0.88 para o relato da mãe e 0.89 para o relato do pai, mostrando uma boa consistência interna.

Para a amostra em estudo, a escala total revela um alfa de Cronbach de 0.88 e as subescalas interferência na vida da criança e interferência na vida da família apresentam alfas de 0.78 e 0.87, respetivamente. A subescala de interferência da ansiedade na vida da criança apresenta assim uma consistência interna razoável, enquanto a escala total e a subescala interferência na vida da família apresentam uma boa consistência interna.

2.4.4. PBA-Q – Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire (Francis & Chorpita, 2009, versão adaptada de Pereira, Barros & Muris, 2012)

O PBA-Q (Questionário de Crenças Parentais) foi desenvolvido com o objetivo de avaliar como os pais pensam sobre a ansiedade dos filhos. Assim, centra-se nas crenças dos pais sobre as consequências negativas decorrentes da ansiedade da criança, a crença sobre a ansiedade como algo prejudicial para a criança e a interpretação dos pais de estímulos ambíguos que podem ser ameaçadores para a criança. O questionário surgiu para dar resposta a duas necessidades de avaliação: compreensão de variáveis cognitivas parentais associadas à ansiedade das crianças e identificação de alvos potenciais nos tratamentos dirigidos às famílias de crianças com perturbações clínicas. Este instrumento procura avaliar as crenças parentais atuais e não retrospectivas e obter informação sobre as crenças dos pais sobre a ansiedade do filho e não sobre a ansiedade infantil em geral (Francis & Chorpita, 2009).

A versão original de Francis e Chorpita (2009) é constituída por 17 itens, sendo que os pais devem classificar os itens numa escala entre 0 e 3. O PBA-Q também demonstrou uma correlação positiva com relatos parentais de sintomas da ansiedade da criança medidos com entrevista ADIS-IV-P ($r=,25$, $p<,001$). O instrumento tem uma consistência interna de 0,80 e existem evidências que apontam para uma validade concorrente adequada.

A versão adaptada por Pereira, Barros e Muris (2012) é constituída por 55 itens, sendo que alguns destes itens integram os 4 fatores constituintes do instrumento. O fator 1 é constituído por 8 itens e diz respeito à Ansiedade Parental face aos filhos. O segundo fator é constituído por 6 itens e denomina-se Contaminação, o terceiro fator é constituído

por 7 itens e diz respeito ao Controlo dos pais e crianças sobre a ansiedade e o quarto fator é constituído por 5 itens e denomina-se apoio ao confronto.

Para a amostra em estudo, observou-se um alfa de Cronbach de 0.82 para a escala total, sendo que o instrumento apresenta uma consistência interna. Os fatores “Ansiedade parental face aos filhos”, “Contaminação” e “Controlo pais e crianças” apresentam, respetivamente, um alfa de 0.85; 0.80 e 0.67. O fator 3 apresenta assim uma fraca consistência interna enquanto os fatores 1 e 2 apresentam uma boa consistência interna. O fator 4 apresenta níveis inaceitáveis de fiabilidade para a amostra em estudo, pelo que foi excluído do estudo.

2.5 Procedimento

2.5.1. Procedimentos de recolha de dados

Os estudos incluídos no âmbito do Projeto CATCh foram aprovados pela Comissão Especializada de Deontologia do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e pelo Instituto de Inovação e Desenvolvimento Curricular.

Na fase inicial (etapa de avaliação inicial da ansiedade), procedeu-se ao envio para casa de cada aluno de uma carta que explicava o âmbito da investigação e o procedimento para que cada encarregado de educação pudesse fornecer o seu **consentimento informado**¹. O envio e a receção do consentimento informado foi realizado por intermédio do diretor de turma/professor titular. Da amostra inicial (n=1340), cerca de 1027 foram autorizados a participar nesta fase do estudo. Passou-se à avaliação inicial da ansiedade da criança, através da administração do SCARED-R às crianças e às suas mães, sendo que apenas 1004 crianças e mães responderam. As crianças (n=1004) responderam aos questionários numa sessão coletiva (duração aproximada de 40 min) na presença de um elemento da equipa de investigação. O questionário a ser respondido pelas mães foi enviado para casa num envelope e devolvido à equipa de investigação num envelope fechado por intermédio do diretor de turma/professor titular, sendo que 997 mães responderam. A seleção das crianças para a participação na fase seguinte do estudo dependeu da obtenção de uma pontuação de 95 na totalidade do SCARED-R versão pais e

¹ Encontra-se em anexo (Anexo I).

versão crianças ou pontuação de 95 numa das sub-escalas de Ansiedade de Separação, Ansiedade Generalizada ou Fobia Social.

Na segunda etapa (constituição dos grupos de crianças e avaliação complementar) enviou-se para casa de cada aluno selecionado uma carta que explicava a segunda fase do estudo para que cada encarregado de educação pudesse fornecer o seu consentimento informado². O envio e a receção do consentimento foi realizado por intermédio do diretor de turma/professor titular. Para esta fase foram autorizadas a participar 217 crianças, tendo sido realizadas avaliações sociocognitivas às crianças e enviados para os pais um conjunto de questionários, entre eles, o PBA-Q. Posteriormente as crianças e as mães foram entrevistadas com o recurso à ADIS-C/P, tendo participado nesta fase 180 famílias. No final da entrevista foi administrado à mãe e à criança a EIAV-C. Se a criança apresentasse um diagnóstico principal de ansiedade, era proposto aos pais o programa de intervenção “Amigos para a Vida”, sendo nesse momento perguntado aos pais se autorizavam a participação da criança. Para a participação no programa “Amigos para a Vida” foram selecionados 109 crianças. Contudo, devido aos critérios de inclusão³ escolhidos para este estudo a amostra final é de 104 crianças.

2.5.2. Procedimentos de análise de dados utilizando o software IBM SPSS Statistics 21

Todas as análises estatísticas foram realizadas com recurso ao programa IBM SPSS Statistics 21. Primeiro, procedeu-se às análises preliminares dos dados (análise e substituição dos valores omissos) à criação de variáveis relativas às diferentes escalas que compõem os questionários.

Posteriormente realizou-se a análise de fiabilidade dos instrumentos utilizados para a amostra em estudo. Seguidamente foram analisados os pressupostos para a realização de análises paramétricas normalidade da distribuição das variáveis e da homogeneidade da variância dos grupos). Nestas análises observou-se que o fator 3 (*Controlo pais e crianças*) do PBA e os fatores da EIAVC não apresentam uma distribuição normal, atendendo ao valor do teste de Shapiro-Wilk.

² Encontra-se em anexo (Anexo II).

³ Foram excluídas as crianças que apresentavam em co-morbilidade com a perturbação de ansiedade, uma perturbação de desenvolvimento ou uma perturbação de externalização com o mesmo grau de interferência que o problema de ansiedade. Exclui-se também todas as crianças cujas mães não preencheram pelo menos um dos questionários (PBA-Q e/ou EIAVC)

De seguida foi realizada a análise estatística descritiva de modo a caracterizar a amostra em relação às variáveis crenças parentais acerca da ansiedade da criança, impacto da ansiedade na vida da criança e da família e nível de ansiedade percebido pelos pais e pelas crianças. Após esta análise e mediante os dados do estudo de normalidade, foram aplicados testes para comparar os grupos (aceitou participar vs não aceitou participar) em relação às variáveis acima referidas. Para tal, recorreu-se aos testes estatísticos *t*-Student, e em alternativa ao teste não paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney para as escalas que não apresentaram uma distribuição normal. Por último realizaram-se comparações entre os dois grupos em relação às variáveis preocupações parentais, procura de ajuda e características sociodemográficas (nível socioeconómico, ciclo de ensino e conjugalidade parental) recorrendo ao teste Qui-quadrado.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A apresentação e análise dos resultados do presente estudo seguem a estrutura definida pelo objetivo geral (*perceber quais as variáveis parentais que influenciam a aceitação ou não aceitação de um programa de intervenção para redução da ansiedade em crianças em idade escolar*) e pelos objetivos específicos.

1. Crenças parentais acerca da ansiedade da criança

Na Tabela 5 apresentam-se os resultados obtidos para os fatores “Ansiedade Parental face aos filhos”, “Contaminação” e “Controlo pais e crianças” que constituem o PBA.

Tabela 5: Análise descritiva dos três fatores referentes ao PBA

Fatores	M	SD	Min	Max
Ansiedade				
Parental face aos filhos (8 itens)	13,61	3,97	4	24
Contaminação (6 itens)	7,44	3,05	2	15
Controlo pais e criança (7 itens)	14,88	2,13	10	21

Do observado na Tabela 5, e tendo em conta o número de itens de cada fator, verifica-se que as crenças de controlo dos pais e das crianças, ou seja o grau em que os pais e as crianças conseguem controlar os sentimentos de ansiedade, apresentam uma média mais elevada, seguido da ansiedade parental em relação à ansiedade dos filhos e só depois as crenças de contaminação.

2. Interferência da ansiedade, na perspetiva dos pais, na vida da criança e da família

Na Tabela 6 apresentam-se os resultados dos dois fatores que compõem o EIAVC para os 104 sujeitos da amostra.

Tabela 6: Análise descritiva dos fatores *Interferência na vida da criança* e *Interferência na vida da família*

Fatores	M	SD	Min	Max
Interferência vida				
criança (9 itens)	8,05	5,15	0	23
Interferência vida				
família (9 itens)	6,03	5,47	0	23

As médias verificadas para os fatores *Interferência na vida da criança* e *Interferência na vida da família* indicam uma tendência de resposta para reportar valores baixos de interferência (Tabela 6).

3. Razões para a não aceitação da intervenção

Na Tabela 7, encontra-se descrito o número de participantes que integram o grupo que aceitou a participação e o número participantes que integram o grupo de não aceitação, verificando uma taxa de aceitação de 76%.

Tabela 7: Divisão dos participantes pelos dois grupos de estudo

Aceitação participação	Frequência absoluta	%
Aceitou	79	76
Não aceitou	25	24

Da análise da categorização⁴ das razões de não aceitação do programa de intervenção, verifica-se que a justificção mais frequentemente referida pelas mães prende-se com questões logísticas, que incluem motivos como atividades extracurriculares e acessibilidade (e.g. “*Incompatível com atividade extra-curriculares*”, “*Incompatibilidade de horário- não tem ninguém que a vá buscar a meio da tarde à escola*”). Outra razão apresentada pelos pais foi também a motivação da criança para se envolver no programa

⁴ Tabela de categorização de razões de não aceitação da intervenção (Anexo III)

“Amigos para a Vida” (e.g. “A mãe escreveu uma carta a explicar que o T. não está motivado para participar e por isso a mãe não irá insistir na participação”) (Tabela 8).

Tabela 8: Frequência das razões apresentadas pelos pais para a não aceitação da intervenção

	Razões de Não Aceitação	Frequência absoluta	%
Questões logísticas	Não	16	64
	Sim	9	36
Motivação da criança	Não	20	80
	Sim	5	20
Acompanhamento individual	Não	23	92
	Sim	2	8
Situação financeira	Não	24	94
	Sim	1	4
Situação de saúde	Não	23	92
	Sim	2	8
Disponibilidade	Não	24	96
	Sim	1	4
Falta de comunicação	Não	24	96
	Sim	1	4
Impacto percebido	Não	24	96
	Sim	1	4

4. Variáveis sociodemográficas e aceitação da intervenção

Após comparação dos dois grupos em relação ao nível socioeconómico, verificou-se que este não apresenta associações estatisticamente significativas com a aceitação parental de participar no programa de intervenção (Tabela 9).

Tabela 9: Comparação do nível socioeconómico dos dois grupos

NSE	Aceitação participação				Teste Qui-Quadrado
	Não (N=25)		Sim (N=79)		
	Frequência absoluta	%	Frequência absoluta	%	
Baixo	7	22,6	24	77,4	$\chi^2(2) = 0,097$ p = 0,952
Médio	11	25,0	33	75,0	
Alto	7	24,5	20	74,1	

Tabela 10: Comparação da distribuição por Ciclos de Ensino em relação aos dois grupos de ensino

Ciclo de Ensino	Aceitação participação				Teste Qui-Quadrado
	Não		Sim		
	Frequência absoluta	%	Frequência absoluta	%	
1º Ciclo	0	0,0	40	100	$\chi^2(1) = 20,570$ p < 0,001
2º Ciclo	25	39,1	39	60,9	

Comparando o ciclo de ensino nos dois grupos (aceitação vs não aceitação), observou-se que o ciclo de ensino apresenta associações estatisticamente significativas com a aceitação parental de participar no programa “Amigos para a Vida” (Tabela 10), verificando uma aceitação de 100% no 1º ciclo.

Tabela 11: Comparação entre a situação conjugal dos pais nos dois grupos

Conjugalidade	Aceitação participação				Teste Qui-Quadrado
	Não		Sim		
	Frequência absoluta	%	Frequência absoluta	%	
Casados/ de facto	22	28,9	54	71,1	$\chi^2(1) = 3,943$ p = 0,047
Separados	2	8,7	21	91,3	

Por último, e após comparação da situação conjugal dos pais nos dois grupos, verificou-se que a situação conjugal apresenta associações estatisticamente significativas com a decisão parental de aceitar o programa de intervenção para redução da ansiedade dos filhos, sendo que a maior taxa de aceitação se verificou nos pais que se encontram separados (Tabela 11).

5. Crenças parentais e aceitação da intervenção

Pela observação da Tabela 12, verifica-se que em todos os fatores, *Ansiedade parental face aos filhos*, *Contaminação* e *Controlo pais e crianças*, as médias dos dois grupos (aceitou e não aceitou participar) não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 12: Comparação das crenças parentais sobre os três fatores do PBA nos dois grupos (aceitou vs não aceitou participar)

Fatores	Aceitação				Testes
	Não (N=25)		Sim (N=79)		
	M	SD	M	SD	
Ansiedade parental face aos filhos (8 itens)	12,89	0,83	13,84	3,91	t (102) = - 1,05 p = 0,30
Contaminação (6 itens)	7,20	3,49	7,51	2,92	t (102) = - 0,45 p = 0,66
Controlo pais e criança (7 itens)	Mean Rank 53,32		Mean Rank 52,24		U = 967,00 p = 0,87

6. Interferência da ansiedade, na perspectiva dos pais, na vida da criança e da família e aceitação da intervenção

Na Tabela 13 pode observar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nos fatores *Interferência na vida da criança* e *Interferência na vida da família*.

Tabela 13: Comparação da percepção de impacto da ansiedade na vida da criança e da família nos 2 grupos

Fatores	Aceitação participação		Testes
	Não (N=25) Mean Rank	Sim (N=79) Mean Rank	
Interferência vida criança (9 itens)	50,26	53,21	U = 1043,50 p = 0,67
Interferência vida família (9 itens)	52,84	52,39	U = 979,00 p = 0,95

7. *Ansiedade percebida pelos pais e pelas crianças e aceitação da intervenção*

Da análise estatística, observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos referentes à *Ansiedade percebida pelos pais e pela criança* (Tabela 14). Por outro lado é possível observar que as crianças têm maior facilidade em identificar sintomas de ansiedade por comparação com os pais, em ambos os grupos.

Tabela 14: Comparação da ansiedade percebida pelos pais e pela criança nos 2 grupos

Fatores	Aceitação Participação				Testes
	Não (N=25)		Sim (N=79)		
	M	SD	M	SD	
Ansiedade percebida criança	59,88	21,99	63,77	21,65	t (102) = - 0,78 p = 0,44
Ansiedade percebida pais	50,40	19,44	44,40	19,91	t (101) = - 1,32 p = 0,19

8. *Preocupações dos pais em relação aos filhos*

8.1. *Categorias das diferentes preocupações referidas pelos pais*⁵

Da análise realizada em relação às várias preocupações dos pais verificou-se na amostra total 74 mães referiam pelo menos uma preocupação, enquanto 30 mães não consideram a existência de preocupações ou não responderam. A preocupação parental que foi referida com maior frequência foi a ansiedade da criança (47,1%), seguida pelos problemas de relacionamento (17,3%). As preocupações menos referidas foram os problemas de enurese e de adaptação à mudança.

⁵ Tabela de categorização de preocupações parentais (Anexo IV)

8.2. Preocupações dos pais e aceitação da intervenção

Devido à baixa frequência das preocupações parentais, comparou-se apenas os dois grupos em relação à identificação parental de preocupações e à identificação de problemas de ansiedade. O problema que em termos de frequência absoluta foi mais reconhecido em ambos os grupos prende-se com o problema de ansiedade. Da análise estatística realizada verifica-se que a decisão parental de aceitar ou não aceitar participar no programa de intervenção não apresenta associações estatisticamente significativas com as preocupações assinaladas pelos pais (Tabela 15).

Tabela 15: Comparação das preocupações parentais nos dois grupos

Preocupações parentais	Aceitar participar				Testes	
	Não (N=25)		Sim (N=79)			
	Frequência absoluta	%	Frequência absoluta	%		
Não identifica preocupações/ não responde	Não identifica	6	20	24	80	$\chi^2(1) = 0,38$ $p = 0,54$
	Identifica	19	25,7	55	74,3	
Ansiedade	Não identifica	14	25,5	41	74,5	$\chi^2(1) = 0,13$ $p = 0,72$
	Identifica	11	22,4	38	77,6	

9. Procura de ajuda

9.1. Procura de ajuda e aceitação da intervenção

Quando se comparou a procura de ajuda nos dois grupos, verificou-se que este fator não apresenta associações estatisticamente significativas com a aceitação parental de participar no programa de intervenção (Tabela 16).

Tabela 16: Comparação da procura de ajuda nos dois grupos

Procura de ajuda	Aceitação participação				Teste Qui-Quadrado
	Não		Sim		
	Frequência absoluta	%	Frequência absoluta	%	
Não procura	17	27,4	45	72,6	$\chi^2(1) = 0,96$ p = 0,33
Procura	8	19,0	34	81,0	

9.2. Tipos de profissionais de saúde a que os participantes recorreram anteriormente

Da análise estatística realizada, verifica-se que das 42 mães da amostra total que procuraram ajuda, 32 escolheram o psicólogo clínico como profissional de saúde a que recorreram para os problemas das crianças (Tabela 17).

Tabela 17: Tipo de profissionais de saúde a que os pais recorreram no passado

Profissionais de saúde		Frequência	
		absoluta	%
Psicólogo clínico	Não	10	9,6
	Sim	32	30,8
Psicólogo educacional	Não	37	35,6
	Sim	5	4,8
Psiquiatra	Não	35	33,7
	Sim	7	6,7
Outros	Não	32	30,8
	Sim	10	9,6

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A presente investigação teve como propósito perceber quais os determinantes parentais para a aceitação ou não aceitação do programa de intervenção “Amigos para a vida”, dirigido à redução da ansiedade em crianças em idade escolar. Este estudo segue uma perspetiva exploratória e quantitativa, avaliando diversas variáveis que foram relevantes em estudos sobre a procura de ajuda, adesão e desistência do tratamento.

O estudo dos determinantes parentais da aceitação da intervenção é importante no sentido de determinar que fatores levam à não aceitação parental de intervenções para problemas de ansiedade e proporcionar pistas para a minimização desses fatores, permitindo que mais crianças recebam intervenção para os seus problemas de ansiedade pela aceitação dos pais dos tratamentos.

1. Caracterização da (não) aceitação da intervenção

Neste estudo verificou-se que dos 104 sujeitos da amostra total, 79 mães aceitaram participar na intervenção, apresentando uma taxa elevada de aceitação (76%). A taxa de não aceitação (24%) neste estudo assemelha-se ao estudo de Keeley e Wiens (2008), que apresentou uma taxa de recusa de tratamento de 31%. No entanto, no estudo de Keeley e Wiens (2008) as crianças são referenciadas por um *counselor* presente na escola, que propõe as crianças e as famílias para avaliação nos serviços psicológicos da universidade, sendo que posteriormente o tratamento era também ele ministrado na universidade, apesar de não apresentar custos para as famílias, que realizavam o tratamento de forma gratuita. No presente estudo, a amostra era comunitária, não havendo referenciação prévia das crianças com ansiedade, sendo as crianças identificadas a partir de uma triagem inicial. Por outro lado, a intervenção era gratuita tal como no estudo de Keeley e Wiens (2008). Em relação à necessidade de transporte, os alunos do 2º ciclo que participaram neste estudo necessitavam que os pais os fossem buscar à escola quando normalmente iriam para casa de transporte público, devido ao horário em que era aplicada a intervenção (horário pós-letivo), o que não acontecia nos alunos de 1º ciclo, em que a intervenção ocorria em horário letivo. O facto de a intervenção não ter custos monetários para a família e ser realizada na escola durante horário letivo (durante as aulas extracurriculares) e pós-letivo (no 2º ciclo) pode contribuir para a diminuição nas barreiras percebidas para a participação

na intervenção. Se tivermos em conta o Modelo de Crenças de Saúde, pode verificar-se que as mães poderão ter percebido mais benefícios da participação na intervenção em comparação à sua percepção de custos. Esta avaliação, no sentido dos benefícios pode ser uma justificação para a elevada aceitação da participação do programa “Amigos para a Vida”.

As razões de não aceitação dos pais recaem sobre as categorias de questões logísticas, motivação da criança, acompanhamento individual, situação financeira, situação de saúde, falta de comunicação e impacto percebido. As razões de não aceitação mais significativas foram questões logísticas e motivação da criança.

Em relação às questões logísticas, os pais justificaram a sua não aceitação com a existência de atividades extracurriculares (e.g. “incompatibilidade de horário com o conservatório de música”) e acessibilidade (e.g. “não tem ninguém que vá buscar a criança à escola na quarta à tarde”). Estas justificações podem estar associadas sobretudo às situações em que a intervenção é efetuada em horário pós-letivo, em que as crianças não tendo escola estejam inscritas em outras atividades ou possam não ter transporta após término das aulas.

A literatura sobre a adesão refere que são os obstáculos percebidos pelos pais para o envolvimento na intervenção que determinam a adesão (MacNaughton & Rodrigue, 2001; Morrissey-Kane & Prinz, 1999). Nesse sentido, a percepção da existência de barreiras, neste estudo, pode também ter um papel na não aceitação da intervenção por parte dos pais.

2. Fatores sociodemográficos e aceitação da intervenção

Os estudos sobre a adesão ao tratamento e a desistência do tratamento têm com frequência incluído fatores sociodemográficos, avaliando a sua influência, nomeadamente a composição da família, estatuto socioeconómico ou pertencer a uma minoria (Kazdin et al, 1997; MacNaughton & Rodrigue, 2001; Morrissey-Kane & Prinz, 1999).

Os autores (MacNaughton & Rodrigue, 2001) de um estudo sobre a adesão verificaram que as características sociodemográficas não foram preditoras de adesão. Num outro estudo (Kazdin et al, 1997) sobre a desistência do tratamento, os resultados apontaram como fatores preditores de desistência de tratamento, o estatuto socioeconómico baixo, ser mãe jovem e a pertença a famílias monoparentais.

No presente estudo analisou-se o nível socioeconómico, o ciclo de ensino e a situação conjugal, verificando-se que o ciclo de ensino e a situação conjugal foram preditores de aceitação da intervenção. Em relação ao ciclo de ensino observa-se uma maior aceitação por parte das mães de crianças que frequentavam o 1º ciclo. Tal resultado pode dever-se ao facto da intervenção ocorrer em horário letivo, durante o horário das atividades extracurriculares, não obrigando os pais a terem de se deslocar para levarem a criança aos grupos de intervenção, diminuindo a perceção de barreiras, nomeadamente barreiras associadas ao transporte e acessibilidade. No 2º ciclo, os grupos realizavam-se durante a tarde (durante as tardes livres das crianças), fora do horário letivo, o que implicava que os pais tivessem que se deslocar à escola para ir buscar as crianças, que habitualmente fariam este trajeto de transportes, podendo aumentar a perceção de barreiras pro parte dos pais e contribuir para a menor aceitação da intervenção.

No presente estudo verificou-se que os pais separados apresentam uma maior taxa de aceitação da intervenção, o que não vai ao encontro do que é referido na literatura. Num estudo (Kazdin & Mazurick, 1994) verificou-se que famílias monoparentais era um fator que estava associado a desistência do tratamento e não adesão.

3. Crenças Parentais acerca da Ansiedade e Aceitação da Intervenção

Na literatura tem sido abordada a relação entre ansiedade parental e ansiedade nas crianças. Os estudos têm mostrado que os pais de crianças ansiosas parecem apresentar crenças negativas sobre a ansiedade e sobre as suas consequências para a criança (Barrett, Rapee, Dadds e Ryan, 1996), sendo que pais ansiosos tendem a antecipar perigo para os filhos em situações ambíguas e a perceber situações como ameaçadoras para a criança, podendo tentar protegerr a criança dessas situações (Francis e Chorpita, 2009; Suveg et al, 2006). Por outro lado, a ansiedade dos pais pode ser transmitida aos filhos através de processos de modelagem (Wood, Mcleod, Sigman, Hwang e Chu, 2003), tanto comportamental como cognitivos através da manifestação do medo ou catastrofizando as situações (Moore, Whaley & Sigman, 2004; Muris, Steerneman, Merckelbach & Meesters, 1996) ou ainda através da predisposição genética (Stein, Jang & Livesley, 2002). Especificamente, um estudo (Francis & Chorpita, 2011) sobre as crenças parentais sobre a ansiedade do filho e de que forma estas medeiam a relação entre ansiedade dos pais e da criança, comprovou que as crenças parentais estão implicadas nessa relação. Estando as

crenças parentais implicadas na relação entre ansiedade parental e ansiedade da criança, as mesmas podem ter um papel importante na adesão ao tratamento, nomeadamente se essas crenças interferirem com os objetivos de tratamento (Francis & Chorpita, 2011). No entanto, quando se revê a literatura sobre crenças parentais e procura de ajuda, adesão, desistência do tratamento e até aceitação do tratamento, verifica-se que esta se centra no locus de controlo e nas crenças sobre a estabilidade do problema.

Alguns estudos sobre crenças parentais centram-se sobre o locus de controlo na adesão ao tratamento e na desistência do tratamento, verificando-se resultados contraditórios. Em alguns casos o locus de controlo não influenciou a adesão (MacNaughton & Rodrigue, 2001), ou apenas o controlo ligado a figuras de autoridade foi preditor de adesão (Rosno et al, 2008), noutros o controlo percebido externo foi indicador de desistência do tratamento quando o tratamento implicava um envolvimento parental e era dirigido à família (e não apenas à criança) (Miller & Prinz, 2003).

Com a aplicação do PBA-Q esperava-se que os pais que entendessem que tinham maior controlo sobre a ansiedade dos filhos teriam maior probabilidade de recusar a intervenção e que os pais que percebessem mais consequências negativas da ansiedade nas crianças teriam uma maior probabilidade de aceitar a intervenção. Contudo, neste estudo verificou-se que nenhum dos fatores estudados no PBA-Q contribuiu para explicar a decisão parental de aceitar o programa de intervenção para redução da ansiedade da criança. Os resultados deste estudo sobre as crenças parentais vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo de MacNaughton e Rodrigue (2001), em que nenhum tipo de crenças parentais mostrou associações significativas com a adesão à intervenção.

4. Interferência da ansiedade percebida pela mãe na vida da criança e da família e aceitação da intervenção

As perturbações de ansiedade em crianças afetam vários domínios da sua vida, interferindo com o seu funcionamento adaptativo e com as tarefas de desenvolvimento, em especial o desempenho académico e as relações sociais (Albano et al, 2003; Cobham, et al, 2010; Essau et al, 2000; Hirshfeld-Becker et al, 2008). Esta interferência das Perturbações de Ansiedade não se restringe apenas à criança, mas à família, alternando rotinas, interferindo na relação conjugal, na relação entre pais e filho, entre filhos e na relação com a família alargada e com os amigos e ainda no bem-estar parental (Farmer et al, 1997). Perante a interferência de ansiedade na vida da criança e da família, seria

expectável que as respostas maternas à EIAVC indicassem valores mais altos de interferência, o que não se verificou. Estes resultados poderão dever-se ao tipo de amostra do presente estudo. As crianças participantes neste estudo foram recrutadas a partir da comunidade, sendo que alguns pais nunca perceberam um elevado impacto da ansiedade que justificasse a procura de ajuda profissional.

A falta de percepção de interferência da ansiedade por parte da mãe poderá dever-se ao facto de as crianças com Perturbações de Ansiedade raramente serem identificadas como tendo um problema, em especial porque o seu comportamento não é disruptivo, são tendencialmente bem comportados (e.g. o perfeccionismo é bem-visto pelos pais) por oposição a crianças que sofrem de problemas de externalização (Albano, Chorpita e Barlow, 2003; Lyneham e Rapee, 2007; Siqueland, Kendall e Steinberg, 1996). Por outro lado, uma vez que certos medos nas crianças são adaptativos poderá ser difícil para os pais distinguir entre medos apropriados ao desenvolvimento e patologia.

No que diz respeito à interferência percebida pela mãe como preditor da aceitação de intervenção, observou-se que nem a interferência na vida da criança nem a interferência na vida da família influenciaram a aceitação. Estes resultados não vão ao encontro do que é referido na literatura em relação à procura de ajuda. O impacto da ansiedade na família é um fator estudado na procura de ajuda, havendo resultados que o apontam como preditor da procura de ajuda, referindo sobretudo o bem-estar parental e o sentimento de incompetência parental para lidar com o problema (Farmer et al, 1997; Teagle, 2002).

5. Ansiedade percebida pelos pais e pela criança e aceitação parental

Os resultados deste estudo mostram que as crianças têm maior facilidade em identificar sintomas de ansiedade por comparação com os pais em ambos os grupos, indicando uma menor concordância entre o relato dos pais e da criança. Estes resultados estão em concordância com a literatura, que refere que medindo a ansiedade percebida com o SCARED-R, se encontram correlações moderadas entre os relatos de pais e crianças (Muris, Merckelbach, Baker & Mayer, 1999; Nauta, Scholing, Rapee, Abbott, Spence & Waters, 2004). Mais ainda esta tendência de menor concordância entre pais e crianças sobre a ansiedade, pode dever-se à maior dificuldade parental em detetar sintomas de ansiedade, em especial quando comparados os problemas de externalização (Cosi, Canals, Hernández-Martínez & Vigil-Colet, 2010; Salbach-Andrae, Lenz & Lehmkuhl, 2009).

Por outro lado, os resultados deste estudo indicaram que nem a ansiedade percebida pelas crianças nem a ansiedade percebida pelos pais foram preditores da decisão de aceitação parental da intervenção. Mais uma vez é necessário ter em conta que a amostra é comunitária, e em que os pais provavelmente nunca perceberam a existência de um problema de ansiedade nas crianças, o que pode justificar a não relação entre ansiedade percebida e aceitação da intervenção.

6. Preocupações parentais e aceitação parental

As preocupações parentais estão relacionadas com o conceito de reconhecimento do problema que diz respeito à percepção parental das necessidades ou problemas do filho (Teagle, 2002). Este fator tem sido sobretudo associado à procura de ajuda, verificando-se, nomeadamente, ser um importante preditor da procura de ajuda especializada (Ezpeleta, Granero, de la Osa, Domenech & Guillamón, 2002; Teagle, 2002). Contudo, estes resultados não foram replicados neste estudo.

Embora a maioria dos pais, nos dois grupos, tenha referido algum tipo de preocupação e cerca de metade dos pais, dos dois grupos, tenha referido reconhecer um problema de ansiedade nos filhos, o reconhecimento do problema não mostrou associação com a aceitação da intervenção.

Num estudo (Lyneham & Rapee, 2007) sobre o reconhecimento do problema em crianças com problemas de externalização e de internalização, verificou-se que apesar das mães reconhecerem problemas de ansiedade, a percentagem de reconhecimento era consideravelmente inferior relativamente à percentagem de mães que reconheciam um problema de comportamento (51% contra 81%). A percentagem de mães que reconheceu um problema de ansiedade foi muito semelhante à percentagem de mães que mostraram preocupação com um problema de ansiedade no presente estudo. Os autores do estudo (Lyneham & Rapee, 2007) apontaram como causa para a diferença entre o reconhecimento de problemas de ansiedade e o reconhecimento de problemas de comportamento, o facto do impacto da ansiedade ser menos visível, o comportamento não ser tão disruptivo e ter mais impacto em casa do que em situação escolar.

No presente estudo, os resultados de impacto foram baixos pelo que apesar dos pais reconhecerem algum tipo de problema não consideraram que este interferisse significativamente com a vida familiar e da criança. Assim, se a interferência da ansiedade

não foi preditora de aceitação, pode entender-se que a identificação de preocupações parentais relacionadas com os problemas de ansiedade também não o seja.

7. Procura de ajuda e aceitação da intervenção

Verificou-se que a procura de ajuda anterior não mostrou associações com a aceitação do programa “Amigos para a vida”, não justificando a decisão parental de aceitar ou rejeitar a intervenção. Na amostra total em estudo, observou-se que cerca de 59,6% das mães nunca procurou ajuda de profissionais de saúde para as crianças. No entanto, dentro dos 40,4% das mães que procuraram ajuda, o profissional de saúde a que recorreram foi o psicólogo clínico.

O estudo desta variável decorre da literatura que refere que a utilização anterior dos serviços de saúde mental tem influência na utilização futura desses mesmos serviços, sobretudo nos adultos. Alguns estudos focam-se na ideação suicida e na procura de ajuda tanto nos adultos como nos adolescentes, indicando que não só pessoas que procuraram ajuda no passado têm maior probabilidade de procurar ajuda no futuro como um contacto positivo com um profissional de saúde mental prediz uma nova utilização de serviços de saúde mental, caso necessário (Carlton & Deane, 2000; Deane, Skogstad & Williams, 1999; Deane & Todd, 1996). Mediante estes resultados seria expectável que a procura de ajuda pudesse apresentar algum tipo de influência na aceitação parental, o que não foi verificado.

Uma explicação possível para estes resultados é o facto da maioria das mães nunca ter procurado ajuda para os filhos, e por este motivo não ter uma experiência prévia com os serviços de saúde mental que possa influenciar a sua decisão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo principal estudar a aceitação do tratamento e os determinantes parentais para essa aceitação. Um contributo importante deste trabalho reporta-se à quase inexistência de estudos sobre a aceitação parental de tratamentos psicológicos. A literatura sobre as Perturbações de Ansiedade e as intervenções para o seu tratamento têm sobretudo abordado a procura de ajuda, a adesão e a desistência do tratamento, não avaliando a aceitação da intervenção, uma variável importante na medida em que se os pais não aceitarem intervenção, não se poderá falar de adesão ou de desistência do tratamento.

Outro contributo relevante deste estudo diz respeito à avaliação das crenças parentais e a sua influência na aceitação da intervenção. Grande parte da literatura sobre crenças/atribuições parentais sobre a ansiedade tem focado a sua atenção na relação entre a ansiedade parental e a ansiedade infantil, não havendo muitas investigações referentes às crenças parentais e a sua relação com a procura de ajuda, adesão e desistência do tratamento. Mais ainda a inclusão desta variável no presente estudo contribui também para o estudo do instrumento de crenças parentais (PBA-Q), fornecendo informação sobre a aplicabilidade do mesmo para medir o contributo das crenças para a aceitação da intervenção.

Os resultados deste estudo atribuem importância aos fatores sociodemográficos como determinantes da aceitação do programa “Amigos para a Vida”, em especial o ciclo de ensino que a criança frequenta e a situação conjugal dos pais. No que diz respeito ao ciclo de ensino, os resultados podem dever-se ao modelo de aplicação da intervenção (horário letivo vs horário pós-letivo). Por outro lado, e neste contexto de uma amostra com crianças com problemas de ansiedade clinicamente significativos recrutadas a partir da comunidade, a perceção de obstáculos, nomeadamente de natureza logística, é mais importante que outras variáveis psicológicas.

Em relação às limitações deste estudo apontam-se como mais importantes: (a) o número reduzido do grupo de pais que não aceitaram a intervenção, (b) o instrumento de avaliação de crenças parentais (PBA-Q) encontra-se ainda em estudo e os fatores avaliados podem não medir exatamente o que se pretende medir e (c) a avaliação do reconhecimento do problema realizada com apenas uma pergunta sobre as preocupações parentais poderá não ser suficiente. O número reduzido de pais que não aceitaram a intervenção pode diminuir o poder estatístico para a deteção de diferenças estatisticamente significativas. Por

outro lado, o PBA-Q foi adaptado do *Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire* (Francis & Chorpita, 2009) que foi utilizado para estudar as crenças parentais como mediadoras da relação entre ansiedade parental e ansiedade da criança, não tendo sido aplicado num estudo sobre as crenças parentais e o tratamento, quer do ponto de vista da aceitação como da adesão. No entanto, no caso da amostra em estudo este instrumento mostrou bons resultados de consistência interna na escala total e nos fatores ansiedade parental face à ansiedade dos filhos e contaminação.

A taxa de aceitação da intervenção da amostra em estudo verificou-se ser muito elevada, apesar de a perceção de impacto não ser muito elevada, e as crenças parentais e perceção de impacto nos dois grupos apresentarem médias semelhantes, pelo que seria importante ter em conta alguns fatores que poderão ter contribuído para essa taxa de aceitação. Sendo a amostra comunitária, o facto de a intervenção ter sido oferecida, sem custos financeiros ou necessidade de os pais pedirem ou procurarem ajuda poderá ter sido relevante na elevada taxa de aceitação parental, pelo que a taxa de aceitação em contexto clínico, em que os pais se têm de deslocar e têm de pagar pelos serviços, poderá ser inferior.

Em termos de investigação futura, poderá ser relevante continuar a estudar os determinantes parentais de aceitação de intervenção, em especial porque as Perturbações de Ansiedade são frequentes na infância e na adolescência e os pais têm um papel relevante em todo o processo desde que reconhecem um problema até ao momento que procuram ajuda, decidem aceitar a intervenção proposta e se envolvem no tratamento. Considero relevante o estudo das crenças parentais, da interferência da ansiedade na vida da criança e da família e do reconhecimento do problema numa amostra mais alargada e comunitária para confirmar os resultados obtidos neste estudo exploratório. Em relação ao estudo das crenças parentais como preditor de aceitação, caso o PBA-Q se mostre um instrumento válido para este tipo de medição poderia ser relevante continuar a utilizá-lo por permitir a medição de crenças com recurso a apenas um instrumento. Outra opção de investigação sobre as crenças parentais como preditor de aceitação da intervenção poderia ser recorrer a diferentes instrumentos que medissem de forma individualizada cada tipo de crença, ou seja instrumentos que só medissem crenças parentais de controlo, ou só de ansiedade parental face à ansiedade dos filhos. Na sequência dos estudos já realizados, poderia ser interessante centrar a atenção no locus de controlo tal como definido no Modelo de Locus de Controlo, permitindo ver a relação entre as crenças referidas no modelo (locus de controlo interno, acaso e figuras de autoridade) verificando se os

resultados replicam os estudos sobre adesão e desistência do tratamento (Miller & Prinz, 2003; Rosno et al, 2008).

O estudo da interferência da ansiedade na vida da criança e da família na aceitação da intervenção pode ser particularmente relevante, em especial porque este foi muitas vezes referido na literatura da procura de ajuda como fator preditor, tal como o reconhecimento do problema. A confirmação dos resultados encontrados neste estudo pode ser particularmente relevantes para a prática clínica, em especial se verificar que poderá existir uma relação entre aceitação e percepção de impacto e reconhecimento do problema. Em termos clínicos, e tendo por base o Modelo de Fases de Mudança do Comportamento, considerando a decisão de aceitação da intervenção como a fase de Preparação, ter conhecimento do reconhecimento do problema e da percepção de impacto bem como das crenças parentais sobre a ansiedade poderiam facilitar a passagem dos sujeitos de fases anteriores à fase de Preparação e posteriormente às fases seguintes de mudança de comportamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albano, A., Chorpita, B., & Barlow, D. (2003). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash, & R. A. Barkley, *Child Psychopathology* (2nd ed.) (pp. 279-329). New York: The Guilford Press.
- Allen, K.D., & Warzak, W.J. (2000). The problem of parental nonadherence in clinical behavior analysis: effective treatment is not enough. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 373-391. doi: 10.1901/jaba.2000.33-373
- Baptista, A. (2000). Perturbações do Medo e da Ansiedade: Uma perspetiva evolutiva e desenvolvimental. In I. Soares (Eds.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: trajetórias (In)adaptativas ao longo da vida* (pp. 90-139). Coimbra: Quarteto Editora.
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 19, 267-277. Retirado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psi/v19n1-2/v19n1-2a13.pdf>
- Barrett, P .M., Rapee, R. M., Dadds, M. M., & Ryan, S.M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203. Retirado de http://pathwaysshrc.com.au/wp-content/uploads/2013/02/Barrett-et-al-1996-Family-enhancement-cognitive-style_JAbnormalPsychology.pdf
- Barrett, P., Duffy, A., Dadds, M., & Rapee, R. (2001). Cognitive-Behavioral Treatment of Anxiety Disorders in Children: Long-Term (6-Year) Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 135-141. doi: 10.1037/0022-006X.69.1.135
- Barrett, P.M. (1998). Evaluation of Cognitive-Behavioral Group Treatments for Childhood Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468. doi: 10.1207/s15374424jccp2704_10
- Barros, L., & Santos, M. (1999). Significações parentais e adesão em psicologia pediátrica. *Análise Psicológica*, 3, 471-481. Retirado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a05.pdf>

Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores

Bittner, A., Egger, H.L., Erkanli, A., Costello, J., Foçey, D.L., & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1174–1183. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01812.x

Carlton, P.A., & Deane, F.P. (2000). Impact of attitudes and suicidal ideation on adolescents' intentions to seek professional psychological help. *Journal of Adolescence*, 23, 35-45. <http://dx.doi.org/10.1006/jado.1999.0299>

Carmin, C., & Albano, A. (2003). Clinical management of anxiety disorders in psychiatric settings: Psychology's impact on evidence-based treatment of children and adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 170-176. doi: 10.1037/0735-7028.34.2.170

Cartwright-Hatton. S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 421–436. doi: 10.1348/0144665042388928

Cobham, V. E., Dadds, M. R., Spence, S. H., & McDermott, B. (2010). Parental anxiety in the treatment of childhood anxiety: a different story three years later. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39, 410–420. doi: 10.1080/15374411003691719

Cosi, S.; Canals, J.; Hernandez-Martinez, C.; Vigil-Colet, A. (2010). Parent-child agreement in SCARED and its relationship to anxiety symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 129-133. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.09.008>

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844. doi:10.1001/archpsyc.60.8.837

Craske, M. G. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 4-36.

Crewsell, C., Willets, L., Murray, L., Singhal, M., & Cooper, C. (2008). Treatment of child anxiety: an exploratory study of the role of maternal anxiety and behaviours in treatment outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15, 38-44. doi: 10.1002/cpp.559

Deane, F.P., & Todd, D.M. (1996). Attitudes and intentions to seek professional psychological help for personal problems or suicidal thinking. *Journal of College Student Psychotherapy*, 10, 45-59. doi: 10.1300/J035v10n04_06

Deane, F.P., Skogstad, P., & Williams, M. (1999). Impact of attitudes, ethnicity and quality of prior therapy on New Zealand male prisoners' intentions to seek professional psychological help. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 21, 55-67. Retirado de <http://questoes.blogs.com/files/impact-of-attitudes-ethnicity-and-quality-of-prior-therapy.pdf>

DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S., Velicer, W. F., Rossi, J. S., & Velasquez, M. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and contemplation/action. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304. doi: 10.1037/0022-006X.59.2.295

DiClemente, C.C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. New York : The Guilford Press.

Dreyer, S., O'Laughlin, L., Moore, J., & Milam, Z. (2010). Parental Adherence to Clinical Recommendations in an ADHD Evaluation Clinic. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 1101-1120. doi: 10.1002/jclp.20718

Essau, C., Conradt, J., Petermann, F., & Phil. (2000). Frequency, Comorbidity, and Psychosocial Impairment of Anxiety Disorders in German Adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 263-279. [http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(99\)00039-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00039-0)

Ezpeleta, L., Granero, R., Osa, N. de la, Doménech, J.M., y Guillamón, N. (2002). Perception of need for help and use of mental health services in children and adolescents. Do they share the same predictors?. *Psicothema*, 14, 532-539. Retirado de <http://156.35.33.98/reunido/index.php/PST/article/viewFile/7980/7844>

Fallon, E. A., Hausenblas, H. A., & Nigg, C. R. (2005). The transtheoretical model and exercise adherence: Examining construct associations in later stages of change. *Psychology of Sport & Exercise*, 6, 629-641. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2005.01.003>

Farmer, E., Burns, B., Angold, A., & Costello, E. (1997). Impact of Children's Mental Health Problems on Families: Relationships with service use. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 5, 230-238. doi: 10.1177/106342669700500406

Francis, S., & Chorpita, B. (2009). Development and Evaluation of the Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 138-149. doi: 10.1007/s10862-009-9133-5

Francis, S., & Chorpita, B. (2011). Parental Beliefs About Child Anxiety as a Mediator of Parent and Child Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 21-29. doi: 10.1007/s10608-009-9255-9

Geffken, G. R., Keeley, M. L., Kellison, I., Storch, E. A., Rodrigue, J. R. (2006). Parental adherence to child psychologists' recommendations from psychological testing. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 499-505. doi: 10.1037/0735-7028.37.5.499

Hann, A.M., Boon, A.E., Jong, J., Hoeve, M. & Vermeiren, R. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient health care. *Clinical Psychology Review*, 33, 698–711. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.005>

Hirshfeld-Becker, D.R., Masek, B., Henin, A, Blakely, L.R., Rettew, D.C., Dufon, L.,... Biederman, J. (2008). Cognitive-behavioral intervention with young anxious children. *Harvard review of psychiatry*, 16, 113-125. doi: 10.1080/10673220802073956

Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education & Behavior*, 11, 1–47. doi: 10.1177/109019818401100101

Johnson, S.S., Paiva, A.L., Cummins, C., Johnson, J.L. Dymont, S., Wright, J.A., Prochaska, J.O., Prochaska, JM., Sherman, K. (2008). Evidence-based Multiple Behavior

Intervention for Weight Management: Effectiveness on a Population Basis. *Preventive Medicine*, 46, 238-246.

Kazdin, A. E., & Mazurick, J. L. (1994). Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1069–1074. doi: 10.1037/0022-006X.62.5.1069

Kazdin, A.E., Holland, L., & Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 453-463. doi: 10.1037/0022-006X.65.3.453

Keeley, M.L., & Wiens, B.A. (2008). Family Influences on Treatment Refusal in School-linked Mental Health Services. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 109-126. doi: 10.1007/s10826-007-9141-6

Kendall, P., Safford, S., Flannery-Schroeder, E., & Webb, A. (2004). Child Anxiety Treatment: Outcomes in Adolescence and Impact on Substance Use and Depression at 7.4-Year Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 276-287. doi: 10.1037/0022-006X.72.2.276

Kendall, P. (2000). Anxiety disorders. In P. Kendall (Ed.), *Childhood disorders* (pp. 83-94). Hove: Psychology Press.

Kerkorian, D., McKay, M., & Bannon Jr., W.M. (2006). Seeking help a second time: parents'/caregivers' characterizations of previous experiences with mental health services for their children and perceptions of barriers to future use. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 161-166. doi: 10.1037/0002-9432.76.2.161

King, N.J., Heyne, D., & Ollendick, T.H. (2005). Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety and Phobic Disorders in Children and Adolescents: A Review. *Behavioral Disorders*, 30, 241–257. Retrieved from http://coping.us/images/King_et_al_2005_CBT_children_with_Phobias.pdf

Langley, A., Falk, A., Peris, T., Wiley, J.F., Kendall, P., Grinsburg, G., ... Piacentini, J. (2013). The Child Anxiety Impact Scale: Examining Parent- and Child-Reported

Impairment in Child Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 0(0), 1–13. doi:10.1080/15374416.2013.817311

Liber, J., van Widenfelt, B., Utens, E., Ferdinand, R., Van der Leeden, A., Van Gastel, W., & Treffers, P. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 886–893. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01877.x

Lyneham, H. J., & Rapee, R.M. (2007). Childhood anxiety in rural and urban áreas: Presentation, impact and help seeking. *Australian Journal of Psychology*, 59, 108-118. doi: 10.1080/00049530701317082

MacNaughton, K.L., & Rodrigue, J.R. (2001). Predicting adherence to recommendations by parents of clinic-referred children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 262-270. doi: 10.1037//0022-006X.69.2.262

Mah, J.W., & Johnston, C. (2008). Parental Social Cognitions: Considerations in the Acceptability of and Engagement in Behavioral Parent Training. *Clinical child and family psychology review*, 11, 218-36. doi: 10.1007/s10567-008-0038-8

Marks, D.; Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C., & Sykes, C. (2005). *Health Psychology: Theory, Research and Practice* (2nd ed.) (pp.291-292). London: Sage Publications.

Miller, G.E., & Prinz, R.J. (2003). Engagement of families in treatment for childhood conduct problems. *Behavior Therapy*, 34, 517-534. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(03\)80033-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(03)80033-3)

Moore P.S., Whaley S.E., Sigman M.(2004). Interactions between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 471–476. doi: 10.1037/0021-843X.113.3.471

Morrissey-Kane, E., & Prinz, R. (1999). Engagement in child and adolescent treatment: the role of parental cognitions and attributions. *Clinical Child and Family Psychology*, 2, 183-198.

http://download.springer.com/static/pdf/245/art%253A10.1023%252FA%253A1021807106455.pdf?auth66=1382956780_2dbf929f012381ddd639f631776473d7&ext=.pdf

Muris, P., Merckelbach, H., Brakel, A. van, & Mayer, B. (1999). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Further evidence for its reliability and validity. *Anxiety, Stress and Coping*, 12, 411-425.

Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., & Meesters, C. (1996). The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 265–268. doi:10.1080/10615809908249319

Nauta, M.H., Scholing, A., Rapee, R.M., Abbott, M., Spence, S.H. & Waters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 813–839. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00200-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00200-6)

Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent Management of Attendance and Adherence in Child and Adolescent Therapy: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 149-166. doi: 10.1007/s10567-005-4753-0

Nock, M. K., Ferriter, C., & Holmberg, E. (2007). Parent Beliefs about Treatment Credibility and Effectiveness: Assessment and Relation to Subsequent Treatment Participation. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 27-38. doi: 10.1007/s10826-006-9064-7

Odgen, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores

Peters, S., Calam, R., & Harrington, R. (2005). Maternal attributions and expressed emotion as predictors of attendance at parent management training. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 436–448. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00365.x

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395. doi: 10.1037/0022-006X.51.3.390

Prochaska, J.O., Redding, C.A., & Evers, K.E. (2008). The Transtheoretical Model and Stage of Change. In K. Glanz, B.K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice (4th ed.)* (pp. 97-121). San Francisco: Jossey-Bass

Prochaska, J.O., Evers, K.E., Prochaska, J.M., VanMarter, D., & Johnson, J.L. (2007). Efficacy and effectiveness trials: Examples from smoking cessation and bullying prevention. *Journal of Health Psychology*, 12, 170-178. doi: 10.1177/1359105307071751

Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review Clinical Psychology*, 5, 311-341.

Retirado

de

<http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628>

Rosno, E.A., Steele, R.G., Johnston, C.A., & Aylward, B.S. (2008). Parental Locus of Control: Associations to Adherence and Outcomes in the Treatment of Pediatric Overweight. *Children's Health Care*, 37, 126-144. doi: 10.1080/02739610802006544

Salbach-Andrae, H., Lenz, K., & Lehmkuhl, U. (2009). Patterns of agreement among parent, teacher, and youth ratings in a referred sample. *European Psychiatry*, 24, 345-351. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.07.008>

Schniering, A. C., Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 20, 453-478. [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00037-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00037-9)

Silverman, W.K., Saavedra, L., M. Pina, A. A. (2001). Test-Retest Reliability of Anxiety Symptoms and Diagnoses With the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 937-944. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200108000-00016>

Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 225-237. doi: 10.1207/s15374424jccp2502_12

Springer, C. & Reddy, L.A. (2010). Measuring Parental Treatment Adherence in a Multimodal Treatment Program for Children with ADHD: A Preliminary Investigation. *Child & Family Behavior Therapy*, 32, 272-290. doi: 10.1080/07317107.2010.515522

Stein, M.B., Jang, K.L., & Livesley, W.J. (2002). Heritability of social anxiety-related concerns and personality characteristics: a twin study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 219–224

Suveg, C., Roblek, T.L., Robin, J., Krain, A., Aschenbrand, S., & Ginsburg, G.S. (2006). Parent involvement when conducting cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 287-299. <http://dx.doi.org/10.1891/jcop.20.3.287>

Szyjka, S. (2012). Understanding Research Paradigms: Trends in Science Education Research. *Problems of Education in the 21st Century*, 43, 110-118.

Teagle, S. (2002). Parental problem recognition and child health service use. *Mental Health Services Research*, 4, 257-266. Retirado de http://download.springer.com/static/pdf/565/art%253A10.1023%252FA%253A1020981019342.pdf?auth66=1382957557_9e20b916deb3b33654c106231573d252&ext=.pdf

Vitolins, M., Rand, C., Rapp, S., Ribisl, P., & Seveck, M.A. (2000). Measuring Adherence to Behavioral and Medical Interventions. *Controlled Clinical Trials*, 21, 188–194. [http://dx.doi.org/10.1016/S0197-2456\(00\)00077-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0197-2456(00)00077-5)

Viveros, G.R., & Herrera, E.O. (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en la salud. *Psicología y Salud*, 21, 79-90. Retirado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Godeleva-Rosa-Ortiz-Viveros.pdf>

Wood, J.J.; McLeod, B.D.; Sigman, M.; Hwang, W.; Chu, B.C. (2003). Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 44, 134-151. DOI: 10.1111/1469-7610.00106

ANEXOS

Anexo I – Consentimento informado (fase 1)



Caros pais

O Agrupamento de Escolas Eugénio dos Santos estabeleceu um protocolo com o Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa no âmbito de um estudo, projeto CATCH, que tem por objetivo uma melhor compreensão dos problemas da ansiedade em idade escolar.

Todas as crianças dos 3^{os} e 4^{os} anos de escolaridade são convidadas a participar, mas para que isso aconteça terão que entregar o formulário de consentimento que se encontra no final da página.

Por favor, leia as seguintes informações atentamente, antes de preencher o formulário.

Quais são os objetivos deste estudo?

Este estudo está a ser desenvolvido em várias escolas do país e tem por principal objetivo caracterizar os problemas de ansiedade de crianças em idade escolar, conhecer os fatores que lhe estão associados e contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes para a redução destes problemas e para a promoção da resiliência emocional nas crianças. Este projeto terá o seu início no ano letivo 2012/2013 e terminará no final do ano letivo de 2013/2014.

Quem é a equipa de investigação?

A equipa de investigação é composta por investigadores doutorados do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa e investigadores de outros centros de investigação nacionais e internacionais. Todos os psicólogos que participam na recolha de dados têm o grau de mestre em Psicologia e têm conhecimento e experiência na aplicação deste tipo de metodologias.

O que me é pedido ao meu filho e a mim?

A primeira fase do projeto consiste no preenchimento de um questionário breve a ser respondido por um dos progenitores e pela criança. O questionário a ser preenchido pelo progenitor será enviado para casa e será respondido por este autonomamente e o questionário a ser respondido pela criança será administrado durante parte de uma aula, com o apoio de um elemento da equipa de investigação.

Na segunda parte do projeto só participarão cerca de 20 % dos alunos e os seus pais, selecionados de acordo com as respostas a estes questionários, que nessa altura serão de novo contactados pela equipa de investigação.

Sou obrigado a participar?

A participação é voluntária, mas é muito importante para nós termos o maior número possível de participantes. Noutros estudos tivemos uma adesão de 85% das crianças e dos seus pais, que este ano gostaríamos de superar.

Quem é que tem acesso aos dados?

Apenas os elementos da equipa de investigação terão acesso aos dados individuais. Cada questionário terá um código que permitirá a identificação de quem forneceu as respostas ao questionário, que apenas será conhecido pelos investigadores.

Os resultados coletivos, que resultam da combinação das respostas de todas as crianças que participam no estudo, serão tomados acessíveis aos pais, através da página de internet do projeto.

Com quem é que devo contactar se tiver mais dúvidas?

Por favor contacte com a investigadora responsável, doutora Ana Isabel Pereira por telefone (217943636) ou e-mail (aipereira@fp.ul.pt).

Eu, _____, encarregado de educação do aluno _____, da turma _____, do ano _____, li a informação fornecida e:

- Autorizo** que o meu filho participe na 1^a fase do projeto CATCH do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Não autorizo** que o meu filho participe na 1^a fase do projeto CATCH do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa.

Assinatura: _____

Anexo II – Consentimento informado (fase 2)



No seguimento da participação do(a) seu(sua) filho(a) na primeira parte do Projeto CATCH, vimos contactá-lo(a) novamente.

A primeira fase do estudo teve uma elevada adesão e por isso agradecemos a todas as crianças e pais que se disponibilizaram para participar.

Em Novembro deste ano iniciaremos a segunda fase do estudo. Nesta segunda fase só participarão algumas crianças. O seu(sua) filho(a) foi uma das crianças seleccionadas. Por este motivo, agradecemos que leia a informação que se encontra abaixo, para que possa tomar uma decisão relativamente à participação do seu filho na segunda fase do estudo.

Em que é que consiste a segunda fase do estudo?

Na segunda fase do estudo é pedida novamente a colaboração da criança e dos pais. Esta segunda fase irá realizar-se em 4 etapas:

1. Realização de uma entrevista individual com a criança na escola (duração média 45 min.).
2. Realização de uma entrevista com a criança e a mãe (duração média 1h30). Nesta entrevista serão feitas questões sobre o humor, sentimentos e comportamentos da criança. Esta entrevista será gravada para análise e codificada pela equipa de investigação e será realizada na escola ou na Faculdade de Psicologia, de acordo com a disponibilidade da mãe e da criança. No final da entrevista será fornecido à mãe alguma informação sobre esta avaliação e, em certos casos, poderá ser proposto que a criança participe numa terceira fase do estudo. No final deste formulário pedimos o contacto telefónico para agendar esta entrevista.
3. Preenchimento de um conjunto de questionários pela mãe e pelo pai (duração média 30 minutos). Os questionários são enviados para casa.
4. Preenchimento de um conjunto de questionários pela criança na escola, em pequenos grupos (duração média 45 min.).

Sou obrigado a participar?

A participação é voluntária, mas é muito importante para nós termos o maior número de participantes possível. Em qualquer momento do processo de investigação os pais e/ou a criança podem decidir abandonar o estudo.

Quem é que tem acesso aos dados?

Apenas os elementos da equipa de investigação terão acesso aos dados individuais e aos registos áudio. Os dados não podem ser utilizados para outros fins que não os da investigação.

Com quem é que devo contactar se tiver mais dúvidas?

Por favor contacte com a investigadora responsável, Doutora Ana Isabel Pereira por telefone (217943636) ou e-mail (projetcatch@fp.u.lisboa)

Eu, _____, encarregado de educação do aluno _____, da turma _____, do ano _____, li a informação fornecida e:

Autorizo que o meu filho participe na 2ª fase do estudo do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa, disponibilizando para o efeito os seguintes contactos telefónicos: _____ (casa) _____ (telemóvel) _____ (e-mail)

Não autorizo que o meu filho participe na 2ª fase do estudo do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa, mas gostaria de ser contactado no caso de terem sido identificados níveis elevados de ansiedade que sugiram a necessidade de uma avaliação mais detalhada, disponibilizando para o efeito os seguintes contactos telefónicos: _____ (casa), _____ (telemóvel)

Não autorizo que o meu filho participe na 2ª fase do estudo do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa e não estou interessado em ser contactado.

Assinatura: _____



Faculdade de Psicologia
25 N.º 20046-0000

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia
de 2020-2023

Anexo III – Categorização das razões de não aceitação

Categorias	Verbalizações/razões
Questões logísticas	“Incompatível com atividade extra-curriculares, mas não é muito grave” (2027); “Tem explicação à quarta-feira à tarde, está com notas muito baixas. Quer participar em Outubro.” (2057); “Incompatibilidade de horário com o Conservatório de Música, mas interesse na participação em Outubro.” (2107); “Mãe rejeita por questões logísticas” (2112); “Os pais tiveram um problema no carro e deixaram de ter forma de ir buscar a Mariana ao Programa ”(2028); “Os pais deixaram de ter forma de ir buscar o Pedro ao Programa” (2073); “Incompatibilidade de horário- não tem ninguém que a vá buscar a meio da tarde à escola.” (2111); “Mãe gostava que ele participasse, mas não tem forma de o ir buscar à escola na quarta à tarde.” (2251); “Foi durante 1 mês para o Brasil” (2217)
Motivação da criança	“Criança não quer participar” (2245); “Criança não quer participar” (2110); “Criança não quer participar” (2089); “A mãe escreveu uma carta a explicar que o Tomás não está motivado para participar e por isso a mãe não irá insistir na participação” (2069); “A menina não quer participar” (2046)
Acompanhamento individual	“Desistiu. Estava a fazer uma avaliação numa psicóloga (não foi referido na entrevista) e neste momento preferem optar pelo acompanhamento individual. Querem participar em Outubro.” (2064); “Optou pelo acompanhamento individual” (2043)
Situação financeira	“A mãe está numa situação financeira muito complicada (teve que entregar a casa ao banco) e diz não ter condições neste momento para participar” (2051)
Situação de saúde	“Teve doente durante as primeiras semanas do programa e depois já pode ser incluído (faltou a 3 sessões seguidas) ” (2239); “Teve que ser operada” (2105);
Disponibilidade	“Não tem disponibilidade para participar. Pai da menina "não quer saber dela". Vive no estrangeiro.” (2060);
Falta de comunicação	“Nunca atendeu o telefone e não se sabe se recebeu a informação que o

	filho foi selecionado” (2031)
Impacto percebido	“(…) mas não é muito grave” (2027);

Anexo IV – Categorização das preocupações dos pais

Categorias	Verbalizações / razões
<p>Não identificação de preocupações</p>	<p>“Não tem grandes preocupações” (2041); “Não tem grandes preocupações” (2073); “Acho que ele dá bem a volta e que não afeta o relacionamento com os outros” (2127); “Não há nada com que fique preocupada. Acho que é normal” (2133); “Nada me preocupa. Acho que com a idade passa” (2199)</p>
<p>Problemas de relacionamento (Isolamento/ Vitimização)</p>	<p>“Não conviver mais com muitas crianças fora da escola” (2011); “Impor a sua vontade. O pai quer que ele seja o humilde e que saiba falar” (2027); “A ansiedade, as dificuldades com os amigos, a dificuldade em aproximar-se” (2074); “Na transição para a adolescência a inibição dificulta a relação com os outros. Que os outros sejam cruéis e ele não tenha defesas para se defender” (2081); ““Ele achar que os outros não gostem dele. Não faz desportos nem faz amigos. Tem mais amigas que amigos. É excluído e chamam nomes” (2103); “Evita fazer algumas atividades. Sintomatologia física. Perde porque não se relaciona com os outros. Evita várias coisas e sofre com isso” (2107); “Preocupa-me tudo. Preocupa-me ela ser infeliz na escola, de achar que os colegas não gostam dela, de achar que gozam com ela, etc” (2111); “Tristeza em relação ao divórcio. Isolar-se e não conseguir impor o que quer” (2116); “Mal-humorada, andar em baixo por não fazer amizades (sofre imenso com isso).” (2119); “A falta de amizades, não conseguir ligação com os amigos” (2128); “Ela ser tão calada. Não desabafar. Eu gostava que falasse comigo.” (2142); “Relacionamento com os outros. Evita o confronto com pessoas que não é próxima. Sofre imenso com isso” (2166); “Interação com os meninos da idade dele. Recusa-se a ir para grupos desportivos, fica muito nervoso com pessoas desconhecidas (crianças e adultos)” (2181); “Relacionamento com os amigos; chora facilmente; não se sabe defender” (2211); “O facto dela ser tão fechada, parece q esconde tudo. Não fala com os pais, vive muito no mundo dela. Tem muito medo do mundo lá fora, muito medo das pessoas” (2216); “Ser fechada e não transmitir algo que lhe possa acontecer” (2219); “Quero que se solte, não quero que seja muito certinho por medo. Fiquei alerta com a preocupação dele com o bullying” (2239)</p>
<p>Problemas de ansiedade</p>	<p>“Os fins-de-semana com o pai preocupam-me muito, mas ela vai ter de lidar com isso. Custa-me ver que a mando para uma situação que a</p>

vai pôr desconfortável” (2004); “O facto de notar que ela se preocupa muito com o que os outros pensam. Pensa que vão gozar. É uma criança reservada” (2009); “Não conviver mais com muitas crianças fora da escola” (2011); “Talvez o medo do escuro porque o resto ele vive bem” (2022); “É muito meigo e sofre muito com as coisas, leva as coisas muito a peito e não se sabe defender - fica nervoso e não consegue sequer explicar” (2026); “O medo que tem de fazer perguntas quando não percebe porque tem medo que achem que é burra.” (2028); “A autoestima dela, o medo do que os outros pensam dela. Que ela tenha mais atitude.” (2038); “A ansiedade, é extremamente ansiosa - não quer falhar” (2040); “Muito nervosa, muito ansiosa. Todas as notas são más para ela, tem uma autoestima muito em baixo.” (2043); “Diz que o que a preocupa mais é ela ser sempre preocupada” (2046); “Preocupa-a mais a escola. Está com muito medo das notas. Já está a pensar o que os colegas vão pensar dela. A inibição também a afeta bastante.” (2048); “Baixa autoestima. Preocupações excessivas” (2051); “Ela preocupar-se demasiado com os pais. Pode acontecer alguma coisa. Fica prejudicada com isso. Telefona várias vezes.” (2059); “Dificuldade em exteriorizar o que sente.” (2062); “A timidez e ter sempre um problema que a preocupa. Chorar com muita facilidade, sofre muito com os problemas que tem com os amigos. Interfere muito no estudo” (2064); “Preocupa que aconteça alguma coisa aos pais - o sofrimento que ela tem e os ataques de pânico.” (2066); “Preocupa-me o excesso de preocupação que ele tem. É demasiado preocupado para a idade. Isso às vezes afeta a felicidade e o bem-estar.” (2069); “A ansiedade, as dificuldades com os amigos, a dificuldade em aproximar-se” (2074); “Na transição para a adolescência a inibição dificulta a relação com os outros. Que os outros sejam cruéis e ele não tenha defesas para se defender” (2081); “Ele preocupar-se tanto”(2085); “Preocupação que ele tem que os amigos deixem de gostar dele, de serem amigos dele” (2091); “Nos 5 anos de escola vinha sempre contente e agora vem muitas vezes preocupado. Ter muita responsabilização em cima dele, leva as coisas muito a sério.” (2093); “Sofre por antecipação - preocupações excessivas. Prejudica-a. Todos os dias se preocupa. “ (2101); “Ele achar que os outros não gostem dele. Não faz desportos nem faz amigos. Tem mais amigas que amigos. É excluído e chamam nomes” (2103); “Ela ser muito nervosa e ansiosa. A insegurança. Se não fosse isso era excelente.” (2105); “Evita fazer algumas atividades. Sintomatologia física. Perde porque não se relaciona com os outros.

	<p>Evita várias coisas e sofre com isso” (2107); “Medo de situações de desempenho/ que não gostem dela/ de falhar” (2109); “Preocupa-me tudo. Preocupa-me ela ser infeliz na escola, de achar que os colegas não gostam dela, de achar que gozam com ela, etc” (2111); “Desgaste de andar sempre preocupada sem necessidade.” (2115); “Tornar-se adulta demais para a idade. Imita a mãe muitas vezes. Faz muito o papel de mãe. É super responsável.” (2118); “A autoestima dela, por achar que não consegue. Os medos, mas todos temos medos.” (2119); “É a falta que elas ente da mãe porque nós não somos eternos. Se ela continua com esta ideia pela vida fora” (2136); “Insegurança; medos; medo de ir sozinha à casa de banho (dorme com a avó); apagar a luz; medo do escuro e de ficar sozinha” (2152); “O dormir sozinha e o descansar. Só dorme se estiver comigo. Só se acalma se estiver comigo” (2165); “Relacionamento com os outros. Evita o confronto com pessoas que não é próxima. Sofre imenso com isso” (2166); “Se um dia preciso mesmo de estar fora, ele irá ter outras coisas, dores de barriga por exemplo” (2168); “Também sinto que se preocupa muito” (2171); “Preocupa-se demasiado para uma criança da idade dela. Fica nervosa e ansiosa” (2179); “Interação com os meninos da idade dele. Recusa-se a ir para grupos desportivos, fica muito nervoso com pessoas desconhecidas (crianças e adultos)” (2181); “A baixa autoestima e o facto de não ir ao recreio.” (2183); “Relacionamento com os amigos; chora facilmente; não se sabe defender” (2211); “O facto dela ser tão fechada, parece q esconde tudo. Não fala com os pais, vive muito no mundo dela. Tem muito medo do mundo lá fora, muito medo das pessoas” (2216); “Ser fechada e não transmitir algo que lhe possa acontecer” (2219); “A relação com os outros, porque pode ser prejudicado por não ser assertivo” (2226); “Quero que se solte, não quero que seja muito certinho por medo. Fiquei alerta com a preocupação dele com o bullying” (2239); “Ansiedade sem razão de ser. Preocupa-me bastante o desempenho e a autoestima.” (2241); “Fiquei preocupada com ataque de pânico. Refilona.” (2242)</p>
<p>Adaptação a mudanças</p>	<p>“Tem sido um miúdo fácil (desempenho, saúde, relações). Só me preocupa a transição para o 5º ano e o desempenho na matemática.” (2180)</p>
<p>Problemas de comportamento (hiperatividade / agressão/ impulsividade)</p>	<p>“ O comportamento dele na escola”(2012); “A falta de concentração, a inquietude. A agitação dele prejudica porque não apura o que não lhe interessa muito ou sente-se tão confiante que não investe.” (2015); “Impor a sua vontade. O pai quer que ele seja o humilde e que saiba falar” (2027); “Mente muito (mentiras pequenas para esconder as</p>

	<p>coisas de errado que ele faz)” (2031); “É que fica muito frustrada. Não consegue gerir a frustração” (2071); “É um pouco impulsivo e não aceita bem o não. Às vezes preocupa-me porque ele exclui um bocado os amigos, escolhe muito” (2112); “A agressividade” (2128); “Comportamentais - não parar quieto” (2189); “Que ele fique agressivo de mais. Ele é de extremos/explosivo. Também a preocupa os conflitos com a irmã. Não é tanto a ansiedade que me preocupa, porque é controlável. Falo com ele e resolvo as coisas.” (2220); “De momento a maior agressividade que ele tem mesmo em relação aos outros, mesmo na escola. Preocupa-a que perca o ano se ele não se expuser” (2238); “É refilona.” (2242)</p>
Problemas de atenção/concentração	<p>“ A falta de concentração, a inquietude. A agitação dele prejudica porque não apura o que não lhe interessa muito ou sente-se tão confiante que não investe.” (2015); “Agora é a falta de atenção, a conversa com os colegas, não está tão aplicada como era.” (2028); “Distração, vive no mundo da lua.” (2057); “Não estar concentrada e sentada” (2171); “Porque ela é muito distraída. Na escola também se queixam que ela é muito distraída.” (2193); “A concentração, a distração dele talvez. Embora ela se concentre em coisas que lhe interessam” (2251)</p>
Desempenho académico	<p>“A educação e o futuro dele” (2012); “Desempenho e futuro. Preocupação com o futuro dele. Tem tendência a desistir perante dificuldades” (2013); “A tristeza quando recebe os testes” (2054); “Desinteresse da escola. Muito dependente de mim. Não quer estudar” (2153); “O desempenho na escola que é prejudicado por causa destes medos.” (2226); “Preocupa-me bastante o desempenho e a autoestima.” (2241)</p>
Respostas não específicas	<p>“A minha preocupação é que se sintam bem” (2078); “A possibilidade de voltar a acontecer, de voltar a ficar fragilizada.” (2094); “Muitos traços parecidos com o pai” (2173); “Preocupa-me não ter tempo nem "cabeça" para a minha filha.” (2217); “A saúde dela, o comportamento e a forma como se sente não me preocupam” (2223)</p>
Enurese	<p>“Descuida-se (faz xixi). Gozam com ele. Preocupa-me. Os outros gozam e depois é difícil. Acham graça.” (2049);</p>
Tristeza / humor	<p>“A tristeza quando recebe os testes” (2054); “A timidez e ter sempre um problema que a preocupa. Chorar com muita facilidade, sofre muito com os problemas que tem com os amigos. Interfere muito no estudo” (2064); “Preocupa-me tudo. Preocupa-me ela ser infeliz na escola, de achar que os colegas não gostam dela, de achar que gozam com ela, etc” (2111); “Tristeza em relação ao divórcio. Isolar-se e não</p>

	conseguir impor o que quer” (2116); “Mal-humorada, andar em baixo por não fazer amizades (sofre imenso com isso).” (2119); “Relacionamento com os amigos; chora facilmente; não se sabe defender” (2211)
--	--